FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

302

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

M. Paul BONVOISIN

LAURÉAT DES HÔPITAUX ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

ET DES MATERNITÉS DE L'HÔPITAL TENON ET DE SAINT-LOUIS

Né à Elbeuf (Seine-Inférieure), le 26 novembre 1881.

DES

ADÉNO-PHLEGMONS ILIAQUES

Président : M. RECLUS, *Professeur.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1910

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	LANDOUZY.
Professeurs	MM.	
Anatomie		NICOLAS.
Physiologie		Ch. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale		GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		ACHARD.
Pathologie médicale		DEJERINE. WIDAL.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		MARIE (Pierre).
Histologie		PRENANT.
Opérations et appareils		HARTMANN.
Pharmacologie et Matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT.
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		THOINOT.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie		CHAUFFARD
Pathologie comparée et expérimentale		ROGER.
Clinique médicale		HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants		HUTINEL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		BALLET (Gilbert).
Clinique des maladies nerveuses		RAYMOND.
Clinique chirurgicale		QUENU. RECLUS. SEGOND. DELBET (Pierre).
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE.
Clinique des voies urinaires		ALBARRAN.
Clinique d'accouchements		PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique		ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BALTHAZARD	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BEZANÇON.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRANCA.	DUVAL.	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (André).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET.	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBE (Marcel).	MULON.	
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur Paul RECLUS

Professeur de Clinique chirurgicale
Membre de l'Académie de médecine
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

A MES PREMIERS MAITRES DES HOPITAUX ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN

MM. les Professeurs CERNÉ, OLLIVIER (*in memoriam*), BATAILLE, BRUNON.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PAIRS

M. le Professeur agrégé MÉRY, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades (Externat, 1902-1903).

M. le Docteur PARMENTIER, médecin de l'hôpital Tenon (Externat, 1903-1904).

MM. les Professeurs agrégés CARNOT et TEISSIER, médecins des hôpitaux (Internat provisoire, 1904-1905).

M. le Professeur CHAUFFARD, médecin de l'hôpital Cochin.

MM. les Docteurs MATHIEU, médecin de l'hôpital Saint-Antoine ; LAFFITE, médecin des hôpitaux (Internat provisoire, 1905-1906).

M. le Docteur POTHERAT, chirurgien de l'hôpital Broussais (Internat, 1906-1907).

M. le Docteur ŒTTINGER, médecin de l'hôpital Broussais (Internat, 1907-1908).

M. le Docteur BOISSARD, accoucheur en chef de la Maternité de l'hôpital Saint-Louis (Internat, 1908-1909).

M. le Docteur SAVARIAUD, chirurgien de l'hôpital Trousseau (Internat, 1909-1910).

A MM. RIEFFEL, DUVAL, DÉMELIN, WIART ET LORRAIN.

INTRODUCTION

« *Il y a une classe d'abcès iliaques sous-péritonéaux qui sont angioleucitiques et qui dépendent de l'inflammation suppurative du faisceau lymphatique placé au bord de la fosse iliaque.* »

« *On reconnaît la nature de ces abcès à leur coexistence avec d'autres abcès angioleucitiques sur d'autres points du membre pelvien auquel ils correspondent.* »

C'est ainsi que dès 1859 Chassaignac, dans le *Traité pratique de la suppuration et du drainage* (1), après avoir énuméré les causes si nombreuses de phlegmon iliaque, place le premier l'altération ganglionnaire à l'origine de certains de ces phlegmons. Depuis cette époque lointaine, l'étude des nombreuses variétés étiologiques et pathogéniques des phlegmons iliaques a été faite aussi complète que possible, si bien que le terme même de « phlegmon iliaque » sans autre qualificatif, semblerait aujourd'hui bien incomplet et énigmatique. Phlegmons appendiculaire et péricœcaux, périsigmoïdites suppurées, psoïtis, abcès puerpéraux ou ostéomyélitiques sont aujourd'hui étudiés à fond et connus de tous. On ne

(1) T. II, p. 379 et suiv.

peut y ajouter, semble-t-il, que des faits nouveaux ou des anomalies d'évolution.

Or, parmi les phlegmons iliaques, les adéno-phlegmons nous ont paru depuis longtemps assez négligés ; à part quelques rares observations isolées et deux thèses anciennes, on ne parle que très peu de cette affection. Elle est, à la vérité, assez rare et si l'on pouvait toujours, comme le dit Chassaignac, reconnaître sa nature à la coexistence d'autres adénites aiguës sur le membre correspondant, son étude, nous l'avouons, ne présenterait qu'un intérêt limité. Or, il n'en est pas toujours ainsi ; les adéno-phlegmons iliaques peuvent exister isolément en apparence primitifs et peuvent ainsi donner lieu à des erreurs ou à des incertitudes de diagnostic et surtout de pronostic, fâcheuses au moins pour-l'amour propre du clinicien, parfois aussi, mais beaucoup plus rarement heureusement, pour l'intérêt du malade.

Ces raisons et les conseils qu'a bien voulu nous donner notre cher maître M. Savariaud, avec qui nous avons pu observer quelques cas intéressants de ces adéno-phlegmons, nous ont déterminé à entreprendre à nouveau cette étude et à en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

HISTORIQUE

L'inflammation aiguë des ganglions iliaques n'est certainement pas un fait inconnu, mais la fosse iliaque est loin d'être le siège d'élection des adénites suppurées ou non et cette affection semble assez peu fréquente ; les observations en sont donc rares ou tout au moins rarement publiées. Aussi cette affection a-t-elle été jusqu'ici très peu étudiée dans son origine, ses modalités cliniques et son évolution.

Les *phlegmons iliaques* proprement dits, c'est-à-dire ceux qui se développent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal sont connus de très longue date. A la fin du siècle dernier, les travaux de Delamotte, de Ledran, de Pujos, de Levret, de Bourienne les étudièrent surtout au point de vue clinique. Mais cette étude reste forcément très peu précise au point de vue de la localisation anatomique exacte de la suppuration et de l'étiologie, Il en est de même avec les magistrales descriptions cliniques que nous ont laissées Dupuytren, Dance, Ménière, Bricheteau, Velpeau, Grisolle et leurs élèves. Une grande confusion règne encore parmi les différentes formes de phlegmon iliaque d'où ne sont pas isolées les affections du cœcum et surtout de l'appendice et l'on ne parle pas de l'origine ganglionnaire possible de ces phlegmons.

Chassaignac le premier (*loco citato*) en 1859 affirma, dans les termes précis que nous rappelions au début de cette étude, l'origine « angioleucitique » de certains phlegmons iliaques. Il s'agissait toujours alors de phlegmasies aiguës et aboutissant à la suppuration.

En 1869, Van Lair (1) dans un mémoire présenté à l'Académie royale de Belgique, donne plusieurs observations d'*adénopathies iliaques subaiguës* se terminant par résolution. Nous rappellerons ici les conclusions de ce travail, car nous n'aurons pour ainsi dire rien à y ajouter, voulant étudier surtout les adénites suppurées. D'autre part, si cette évolution vers la résolution est rare, elle n'en est pas moins très intéressante et nous en signalerons quelques observations qui ont donné lieu à des incertitudes de diagnostic et pour lesquelles parfois une intervention chirurgicale a été pratiquée. Voici les conclusions de Van Lair :

« Développement rapide et spontané d'une tumeur occupant le trajet et suivant la direction des vaisseaux iliaques externes, affectant une forme oblongue pouvant aller jusqu'à 8 mill. dans le sens le plus long, produisant, lorsqu'elle atteint ce volume, une tuméfaction sensible de la paroi abdominale antérieure dans le point qui lui correspond. La surface en est légèrement bosselée, son extrémité supérieure se perd à quelque distance de l'ombilic, son extrémité inférieure se continue insensiblement avec les ganglions inguino-cruraux qui sont parfois engorgés. La douleur, sourde au début, va en

(1) Van Lair. Contribution à l'étude clinique des lymphadénites viscérales. *Bull. de l'Acad. roy. de Belgique*, 1869, t. III, 3e série, n° 2.

s'accentuant graduellement au fur et à mesure que la tumeur se développe et s'exagère par la pression. On observe parfois une rétraction non douloureuse du membre pelvien correspondant et exceptionnellement des phénomènes d'étranglement intestinal. Réaction fébrile nulle ou presque nulle ; marche aiguë régulière, terminaison par résolution. »

Pour revenir aux adéno-phlegmons proprement dits, M. Després (1) les décrit plus complètement en 1874. Il montre l'existence d'une porte d'entrée sur le membre inférieur et il insiste surtout sur ce point très intéressant que dans ces cas les ganglions iliaques s'abcèdent souvent alors que les ganglions inguinaux restent indemnes. Aussi arrive-t-il à dire que neuf sur dix des phlegmons de la fosse iliaque reconnaissent une origine ganglionnaire. Cette affirmation peut paraître exagérée ; néanmoins, nous pensons qu'elle doit être considérée comme vraie si l'on considère seulement comme phlegmon iliaque les phlegmons *primitifs* du *tissu cellulaire*, et si l'on en exclut les fusées purulentes venues de phlegmons voisins. Les observations de Després furent d'ailleurs reprises et développées dans la thèse de son élève Paquy (Paris, 1876). Beaucoup plus tard, un autre élève de M. Després, Graverry (Paris, 1886-1887) reprit et défendit à nouveau dans sa thèse ces opinions en y ajoutant quelques cas nouveaux.

Entre temps, la thèse de Castex (Paris, 1881) étudie les *adénites iliaques*, mais surtout les adénites chroniques. Or, la plupart des observations citées par cet

(1) Després. *Gaz. des hôpitaux*, 16 juin 1874 et *Chir. Journal*, 1881, p. 164.

auteur sont manifestement des adénites tuberculeuses. Celles-ci sont d'ailleurs très intéressantes à étudier (et nous souhaitons vivement que cette étude, que le temps nous a manqué pour entreprendre, soit reprise par un autre). On connaît leur importance par exemple dans la coxalgie par leur précocité d'apparition et la signature tuberculeuse qu'elles appliquent à une atteinte de nature douteuse de la hanche, à l'exclusion des adénites inguinales qui sont banales et sans grande signification clinique. Mais en dehors de ces adénopathies symptomatiques d'une lésion tuberculeuse quelconque il existe, et les observations de Castex en sont des exemples que nous ne croyons pas rares, des adénites chroniques isolées, « scrofuleuses », semblables à celles du cou et susceptibles de guérir sous l'influence du traitement général.

Depuis les travaux de Després et de ses élèves, on n'a guère parlé des adéno-phlegmons iliaques et les descriptions qu'on trouve dans les traités, en particulier celle de M. Walther dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus se réfèrent à ces premiers documents. Il ne semble pas cependant que ces faits soient devenus de notion universelle et c'est bien ce qu'indique notre maître M. Savariaud (1), dans quelques observations rapportées par lui en 1905 dans la *Presse médicale* ou en 1910 à la Société de Pédiatrie, et M. Lejars (2), dans un article récent de la *Semaine médicale*.

Enfin, tout récemment, à la suite d'une communi-

(1) Savariaud. *Presse médicale*, n° 19, 8 mars 1905.

(2) Lejars. Les phlegmons iliaques. *Semaine médicale*, 29 déc. 1909, n° 52.

cation à la Société de médecine militaire française de M. le Dr Dejouany (1), la question des adéno-phlegmons iliaques était mise en discussion et d'assez nombreuses observations de cette affection étaient rapportées par les médecins de l'armée qui la rencontrent plus fréquemment peut-être chez les jeunes soldats exposés aux traumatismes et aux infections surtout des membres inférieurs.

(1) Nous tenons à adresser ici nos vifs remerciements à M. le médecin-major Dejouany, pour l'amabilité très grande avec laquelle il nous a confié les documents de cette discussion et de fort intéressantes observations.

CLASSIFICATION DES PHLEGMONS ILIAQUES

Il est depuis longtemps classique, lorsqu'on étudie les phlegmons qui peuvent se développer dans la fosse iliaque, de les classer d'après leur siège primitif en :

1° *Abcès sous-périostiques ;*

2° *Abcès sous-aponévrotiques ;*

3° *Abcès sous-péritonéaux ;*

4° *Abcès intra-péritonéaux.*

Les *abcès intra-péritonéaux* sont des péritonites suppurées enkystées. Leur étiologie est aujourd'hui bien connue, et consiste en une lésion viscérale ; le plus souvent intestinale : appendice ou cœcum à droite ; S iliaque ou côlon à gauche. Si le diagnostic clinique, que nous chercherons à bien établir, entre les péritonites localisées et les abcès sous-péritonéaux, d'origine ganglionnaire en particulier, est souvent difficile, il est néanmoins certain qu'elles sont à enlever du cadre des phlegmons iliaques proprement dits ; c'est d'ailleurs un fait accompli.

Les *abcès sous-aponévrotiques*, développés dans la gaine du psoas, forment ce qu'on englobe en général sous le nom de *psoïtis*. Mais en réalité, on sait aujourd'hui que la cause de ces abcès ne réside qu'exceptionnellement dans une inflammation vraie du muscle, dans une myosite suppurée essentielle. Ces phlegmons, à moins qu'ils ne résultent d'une infection générale pyohémique,

sont beaucoup plus souvent secondaires à une phlegmasie voisine, et l'on peut dire avec Lardennois (de Reims), que si le psoas est atteint de myosite plus souvent que les autres muscles, ce n'est pas par suite de sa texture, de ses fonctions, « ni d'une fragilité spéciale », mais par suite de sa situation et de ses rapports.

« La psoïte par propagation est de beaucoup la variété la plus commune, la myosite primitive du psoas doit être tenue pour exceptionnelle. »

Nous verrons en particulier au cours de cette étude que le psoas est très souvent atteint dans les adénites iliaques, qu'il s'agisse d'inflammation simple de voisinage rendant compte de certains symptômes comme la flexion douloureuse de la cuisse, notée très souvent dans nos observations, ou d'envahissement du muscle même par la suppuration, comme cela se produit dans les phlegmons iliaques puerpéraux compliqués de psoïte. L'infection par voie lymphatique constitue en effet dans la psoïte puerpérale le mécanisme pathogénique le plus satisfaisant et le plus généralement admis aujourd'hui par les auteurs.

Quant aux *abcès sous-périostiques*, ils appartiennent à l'histoire des ostéites ou ostéomyélites du bassin. Ce n'est pas là cependant une étiologie exclusive, et à ce point de vue certaines observations, rares il est vrai, sont intéressantes à comparer à nos observations d'adénophlegmon iliaque.

C'est ainsi que M. Brault (d'Alger) (1), décrit en 1895

(1) J. Brault. Contribution à l'étude des abcès de la fosse iliaque. *Rev. de chir.*, mars 1895, p. 246.

une « variété rare de phlegmon de la fosse iliaque interne située entre le périoste et le muscle iliaque. »

Il s'agissait d'un jeune homme de 19 ans, qui à la suite d'une lymphangite suppurée du mollet gauche, à laquelle vint se surajouter un hygroma suppuré de la bourse séreuse rétro-talonnière gauche, également incisé, fut pris brusquement de douleurs vives dans la fosse iliaque gauche, avec formation d'une tuméfaction à la partie inférieure de la fosse iliaque. La température oscille entre 37 et 40 du matin au soir, la cuisse se fléchit peu à peu sur le bassin « sans adduction, ni abduction ». La tuméfaction s'accroît et l'on sent au-dessus de l'arcade de Fallope une tumeur profonde, bosselée, inégale, où la fluctuation à cause de la profondeur n'est décelable que sous chloroforme ; il n'y a rien dans le triangle de Scarpa ni au pli de l'aine.

Le diagnostic qui fut naturellement porté d'après la succession de ces accidents fut : lymphangite et hygroma suppurés de la jambe, *adéno-phlegmon iliaque* consécutif.

M. Brault fit l'incision de Cooper (ligature de l'iliaque interne) et ne trouva rien dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ; il fallut pour arriver à la collection, inciser le fascia iliaca d'aspect normal et le muscle iliaque. La poche contenait un litre de pus, s'étendait *entre le muscle et le périoste qui, exploré au doigt, fut reconnu intact.* Lavage et drainage. La guérison fut obtenue simplement.

Pour donner une pathogénie satisfaisante de cette infection du tissu cellulaire sous-iliaque, M. Brault admet qu'il s'agit bien dans ce cas d'une propagation

par les lymphatiques de l'infection, qui sautant par dessus les ganglions inguinaux, comme cela se voit fréquemment dans les adénites iliaques, aurait également franchi les ganglions iliaques externes, et remontant le cours de la lymphe, aurait atteint une voie afférente de ces ganglions : la voie circonflexe externe.

M. Lejars (1) rapproche de cette observation deux cas semblables par les signes cliniques, la localisation et l'absence de lésion osseuse, mais où l'étiologie et la pathologie restent obscures. Dans l'un deux, l'évolution longue après une période aiguë et la persistance de la suppuration, malgré une intervention large et un bon drainage, rendent l'infection tuberculeuse secondaire probable. Dans l'autre, les accidents prirent l'allure d'un phlegmon gangréneux profond très grave, chez un diabétique. Le malade guérit cependant. M. Lejars admet pour ce cas que l'origine de l'infection doit être reportée à l'intestin et vraisemblablement à l'S iliaque (la lésion était à gauche). Quoi qu'il en soit il ne paraît pas illogique de penser que les lymphatiques sont pour quelque chose dans la propagation de ces infections du tissu cellulaire sous-iliaque qui n'ont pas de point de départ osseux. C'est là certainement une localisation très rare mais d'autant plus intéressante à observer et à rapprocher comme nous le disons plus haut des adéno-phlegmons iliaques proprement dits.

Reste une quatrième variété de phlegmons iliaques : ceux qui *naissent et se développent* dans le *tissu cellu-*

(1) *Loco citato.*

laire étalé entre l'aponévrose, le fascia iliaca, et le péritoine. Nous disons : qui naissent, et en effet cela est important, car si l'on élimine les phlegmons de cette région secondaire à un phlegmon périnéphrétique, périutérin, périrectal, périprostatique même qui ne sont que des fusées purulentes ne présentant par leur localisation iliaque rien de spécial ni de nouveau, nous voyons que ces phlegmons doivent être rapportés à une origine commune qui n'est autre que l'origine ganglionnaire. Nous pensons qu'il se passe ici, sans autre différence que la fréquence beaucoup moins grande, ce qui se passe dans d'autres régions ganglionnaires par excellence comme les régions inguinale axillaire ou cervicale par exemple où tout phlegmon survenant est regardé comme un adéno-phlegmon sans qu'il soit nécessaire d'en fournir toujours la preuve par l'existence d'une porte d'entrée et d'une lymphangite intermédiaire.

Lorsque sans être une véritable fusée purulente, les abcès du tissu cellulaire sous-péritonéal sont consécutifs à une lésion intestinale, altération du cœcum ou de l'appendice, ou de l'S iliaque, il peut s'agir, comme l'a montré M. Aug. Broca, d'une perforation de la face postérieure de ces organes qui par le moyen d'adhérences préalablement établies avec le péritoine de la fosse iliaque se font directement dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque. Les abcès ainsi formés sont des abcès stercoraux. Mais dans d'autres cas aussi, l'inflammation se fait par la voie ganglionnaire : adénite et périadénite rétrocœcale pouvant s'étendre sous le péritoine de la fosse iliaque et donner ainsi naissance à des phlegmons sous-péritonéaux, *non stercoraux* bien que d'origine

intestinale. Ces abcès ne peuvent évidemment intéresser les ganglions iliaques proprement dits que par contiguité puisque les ganglions iliaques ne reçoivent pas de lymphatiques intestinaux, mais cette variété d'abcès et leur pathogénie sont intéressants à considérer et à rapprocher aussi des adéno-phlegmons iliaques.

APERÇU ANATOMIQUE

Pour étudier utilement les *adéno-phlegmons iliaques*, pour en montrer clairement l'origine et la pathogénie, le siège exact, l'extension et les complications, il nous a paru indispensable de rappeler ici les notions anatomiques actuelles sur les ganglions iliaques et les lymphatiques qui y aboutissent. Ce rappel nous a paru d'autant plus nécessaire que si les belles descriptions de Sappay sont restées vraies dans les grandes lignes, beaucoup de détails ont été ajoutés, et de nombreux changements dans la classification et la topographie des ganglions iliaques ont été apportés par les auteurs modernes appliquant à l'étude de ces ganglions la technique perfectionnée de Gérota. Cunéo et Marcille surtout ont ainsi étudié cette région et c'est d'après les travaux de ces auteurs clairement exposés par Cunéo dans le *Traité d'anatomie* de Poirier que nous résumerons la disposition et les rapports de ces ganglions.

Les *ganglions ilio-pelviens* se divisent naturellement en trois groupes :

1° *Ganglions iliaques externes ;*
2° *Ganglions iliaques internes ;*
3° *Ganglions iliaques primitifs.*

Les deux premiers groupes seulement nous intéressent.

Les *ganglions iliaques externes* à leur tour se subdivisent en 3 chaînes.

a) *Chaîne externe :* 3 ou 4 ganglions entre le bord interne du psoas et l'artère iliaque externe ; le plus important, le *ganglion rétro-cural externe*, repose sur l'artère recouvrant l'origine de la circonflexe iliaque et de l'épigastrique.

b) *Chaîne moyenne* : 2 ou 3 ganglions sur la face externe de la veine.

c) *Chaîne interne* : 3 ou 4 ganglions (parfois fusionnés en un seul énorme) sur la paroi pelvienne latérale, au-dessous de la veine, au-dessus du nerf obturateur. Le plus important est le *ganglion rétrocrural interne* situé immédiatement en arrière de la partie interne ou lymphatique de l'anneau crural, et contigu au ganglion de Cloquet.

Ces ganglions reçoivent surtout les lymphatiques efférents des ganglions inguinaux superficiels et profonds, et par conséquent par cet intermédiaire les lymphatiques du membre inférieur. Mais ils reçoivent aussi, et cela directement, sans relai, les lymphatiques du gland pénien, clitoridien et les lymphatiques profonds de la partie sous-ombilicale de la paroi abdominale qui vont aux chaînes externe et interne ; et de plus, des lymphatiques de la vessie, de la prostate, *du col utérin* et de la *partie supérieure du vagin* qui vont aux chaînes moyenne et interne.

Existe-t-il des lymphatiques venant du membre inférieur et aboutissant directement aux ganglions iliaques ? Ce point est, nous le verrons, important à considérer au

point de vue de la pathogénie de certaines adénopathies iliaques primitives. Cunéo ne les décrit point, et on ne pourrait considérer les connexions directes que comme des anomalies. Au contraire, Sappey a vu et décrit des lymphatiques profonds, satellites des vaisseaux péroniers, poplités et fémoraux aboutissant *directement aux ganglions iliaques externes.*

Les *ganglions iliaques internes* ou hypogastriques sont appendus aux branches de l'artère de ce nom au niveau de l'angle qu'elles forment à leur origine avec le tronc même de l'artère. Le plus antérieur est logé entre l'artère ombilicale et l'obturatrice. Notons en passant que ces ganglions situés sur la paroi pelvienne latérale formée à ce niveau par l'obturateur et son aponévrose sont sans rapport avec le muscle psoas dont elles sont relativement éloignées. Ces ganglions reçoivent des vaisseaux lymphatiques de tous les viscères pelviens, urètre prostatique et membraneux, prostate, vessie, vésicules séminales et canaux déférents, vagin, utérus et rectum ; de plus, ils reçoivent encore des lymphatiques profonds du périnée, de la fesse et de la cuisse, satellites des vaisseaux ischiatiques et fessiers.

Notons enfin que tous ces ganglions sont situés sur la face interne de la gaîne hypogastrique dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Ils n'occupent donc pas la gaîne vasculaire. Ce point nous paraît important : en effet, si faible que puisse sembler une barrière constituée par la gaîne hypogastrique, surtout au niveau de l'iliaque externe où elle n'est plus que mince et celluleuse, peut-être devons-nous rapporter à sa présence l'explication de ce fait que cliniquement les collections résultant de la

suppuration de ces ganglions ne fusent pas à la cuisse comme ferait par exemple un abcès froid suivant la gaîne vasculaire, mais viennent s'ouvrir au-dessus de l'arcade crurale.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Dans un certain nombre de cas d'adéno-phlegmon iliaque, l'étiologie est des plus banales et ne présente aucune particularité intéressante. On découvre très facilement la porte d'entrée le plus souvent sur le membre inférieur. Elle consiste en une lésion des téguments ayant permis l'entrée par effraction d'un germe microbien quelconque : plaie superficielle ou écorchure de la jambe ou du pied, hygroma suppuré, ulcère de jambe, parfois aussi c'est une lésion plus profonde, plaie, fracture compliquée de jambe, ou même ostéomyélite aiguë. Lorsque, dans ces cas, on a pu assister à l'évolution d'une lymphangite, le plus souvent accompagnée d'adénite inguinale, réunissant pour ainsi dire la lésion initiale à l'abcès iliaque qui en est la conséquence, le processus se trouve des mieux caractérisés ; et l'adénite iliaque ne constitue qu'un anneau de plus à la chaîne ascendante de l'infection, plus ordinairement arrêtée à la région inguinale. Cette étape iliaque est seulement moins habituelle surtout en ce qui concerne la suppuration ; car comme le dit justement M. Lejars, « même dans les cas où le processus inflammatoire est cliniquement bien limité aux ganglions du triangle de Scarpa, l'exploration systématique du bord interne de la fosse iliaque révèlera

souvent d'autres ganglions profonds, qu'on pourra même retrouver gros encore et sensibles, alors qu'au-devant de la cuisse tout aura, depuis longtemps déjà, disparu. »

Mais il est loin d'en être toujours ainsi. Il arrive très fréquemment, beaucoup plus fréquemment même d'après ce que nous avons observé, que l'étape inguinale manque complètement ou qu'elle a été si légère qu'elle a passé inaperçue pour le médecin et pour le malade. Il a fallu parfois qu'un interrogatoire poussé, force le malade à dire que la douleur a débuté par la région inguinale ou qu'il a pu y percevoir quelques « glandes » ; plus souvent encore on ne trouve rien, ni en interrogeant le malade, ni en l'examinant. Enfin, il arrive également que l'infection causale, que la porte d'entrée soit extrêmement petite et complètement négligée et oubliée par le malade, ou bien encore qu'elle soit complètement cicatrisée.

L'adénite iliaque est en effet beaucoup plus souvent que les autres *retardée* et se développe dix jours, quinze jours et parfois plusieurs semaines après le traumatisme qui lui a donné naissance. C'est certainement à des faits de ce genre qu'il faut attribuer les cas fréquents aussi où l'examen le plus attentif, l'interrogatoire le plus minutieux n'ont révélé absolument aucune lésion susceptible d'engendrer un adéno-phlegmon.

Ce qui est particulièrement intéressant c'est donc cet adéno-phlegmon iliaque d'emblée, sans intermédiaire, sans échelon et parfois aussi sans porte d'entrée décelable, car ce sont ceux là qui, lorsqu'ils donnent naissance à des abcès volumineux dans la fosse iliaque, peuvent donner lieu à toutes les hypothèses possibles et

conduire à des erreurs de diagnostic et surtout de pronostic. Or, quel est le *mécanisme* de ces adénites iliaques d'emblée ; il a été discuté et deux pathogénies peuvent être et ont été proposées. En premier lieu l'infection peut arriver aux ganglions iliaques en suivant la voie des lymphatiques qui aboutissent directement à ces ganglions. Nous avons vu qu'il existait de tels lymphatiques et parmi eux il est important de noter les lymphatiques profonds de la paroi abdominale qui viennent en particulier de la région ombilicale où ils communiquent avec les lymphatiques superficiels, également ceux du gland et ceux des viscères pelviens sur lesquels nous aurons à revenir. Dans quelques observations ce sont des éléments éruptifs de rougeole ou surtout de varicelle, éléments infectés, au voisinage de l'ombilic qui ont été l'origine des accidents. Dans une autre observation il s'agissait de chancres mous dont on ne précise pas le siège mais qui pouvaient siéger sur le gland. Mais malgré cette donnée anatomique précise que les lymphatiques de cet organe vont aux ganglions iliaques, on ne peut nier que les adénites iliaques d'origine vénérienne ne soient rares et de plus elles coexistent avec des adénites inguinales et c'était le cas pour notre observation. Lorsque la porte d'entrée, ce qui est beaucoup plus fréquent, siège sur le membre inférieur, ce mécanisme a encore été admis notamment par Desprès et ses élèves. Dans ces cas alors on admet que le germe infectieux suit la voie des lymphatiques profonds décrits par Sappey et dont nous avons rappelé l'existence. Ce mécanisme est plausible, d'autant plus qu'il s'agissait dans leurs observations de plaies profondes.

Mais ces lymphatiques décrits par Sappey ne semblent pas avoir été retrouvés par les auteurs modernes, ils ne sont donc pas constants ; et nous pensons qu'il ne faut pas insister sur ce mécanisme. Il nous paraît beaucoup plus simple d'admettre que l'infection a suivi les voies ordinaires et qu'elle a franchi le relai inguinal sans l'atteindre ou du moins en ne l'atteignant que d'une façon légère et très passagère, en n'y déterminant que des réactions inflammatoires, histologiques pour ainsi dire, ou à peine visibles, et échappant ainsi très facilement à l'examen. Des anomalies analogues ne sont d'ailleurs pas exceptionnelles dans la propagation des inflammations lymphatiques aiguës ou chroniques, on en rencontre dans beaucoup d'autres régions ; c'est ainsi qu'on a pu observer par exemple des adéno-phlegmons sus-claviculaires succédant à une plaie originelle de la main sans que les ganglions de l'aisselle fussent intéressés au moins de façon décelable cliniquement.

Il nous reste à dire un mot sur la nature bactériologique des germes en cause. Elle ne présente naturellement rien de spécial ; dans les cas où l'on a fait l'examen bactériologique, il s'est toujours agi de staphylocoque banal. M. Moty, à la Société de médecine militaire, a pensé que dans certains cas on pourrait invoquer une infection sanguine légère, une staphylococcémie atténuée comme cause de ces phlegmons. Il nous paraît au contraire qu'il n'y a là que des accidents locaux susceptibles, dans certains cas de grande virulence, d'entraîner une septicémie qui peut être grave et mortelle, comme cela est arrivé dans une observation de M. Comte.

Quant aux causes prédisposantes, il n'y a là encore

rien de spécial à dire. Notons seulement que l'affection dont nous parlons nous a paru surtout fréquente chez les enfants dont le système lymphatique réagit si facilement et d'une façon intense dans les infections de toute nature, et au cours du service militaire où les sujets sont particulièrement exposés aux plaies infectées, aux écorchures et à toute sorte de lésions du pied et de la jambe.

SYMPTOMES ET ÉVOLUTION

Nous prendrons naturellement comme type clinique, pour la description des symptômes, *l'adéno-phlegmon iliaque d'emblée* à forme *aiguë franchement phlegmoneuse*.

Le moment où il survient est variable ; mais très souvent il s'écoule entre l'apparition des accidents iliaques et l'inoculation septique un intervalle assez long, en sorte que, comme nous l'avons déjà vu, la plaie d'entrée peut être complètement cicatrisée. Cet intervalle peut aller de quelques jours à plusieurs semaines ; et certainement cette longue incubation, pendant laquelle l'infection reste complètement latente, nous a paru, sinon spéciale à l'adéno-phlegmon iliaque, au moins particulièrement fréquente.

Desprès insistait déjà sur l'éventualité de cette suppuration « *retardée* », car dans un de ses cas elle n'était survenue que 11 mois après l'accident primitif.

Le début des accidents est en général brusque. Il est marqué par une *douleur vive*, lancinante, pulsatile, qui siège immédiatement au-dessus du milieu de l'arcade crurale, en sorte que les malades disent souvent qu'ils souffrent dans la hanche. Cette douleur est souvent très intense et s'exagère par les mouvements et la pression ;

elle s'irradie surtout à la cuisse suivant le trajet du nerf crural et de ses branches, il n'y a jamais d'irradiation abdominale ascendante.

Dès le début, presqu'en même temps que la douleur, la *cuisse commence à se fléchir* : aussi la marche est-elle considérablement gênée, elle est parfois encore possible mais avec une boiterie considérable, ressemblant à celle d'une coxalgie avancée. Souvent aussi la marche devient impossible et le malade est obligé de s'aliter.

En même temps la *fièvre* s'allume et la température monte à 39° ou 39° 5, le *pouls* suit la température, et cet état fébrile s'accompagne d'un malaise général commun à toutes les infections. Une chose cependant est à remarquer, c'est *l'absence en général tout à fait complète de symptômes d'ordre digestif, intestinal, ou de retentissement péritonéal* aussi bien au début qu'à une période quelconque de l'évolution de la maladie. Si quelquefois, avec une température élevée, on peut noter une langue saburrale, il n'y a pas de vomissements, ni de constipation remarquable, et le ventre n'est pas douloureux en dehors de la région iliaque, ni ballonné. Or on sait qu'il est classique de dire que l'inflammation aiguë du ganglion de Cloquet s'accompagne de symptômes, d'irritation péritonéale vraisemblablement, capables de faire croire à des accidents graves tels que l'étranglement d'une hernie crurale. Nous ne connaissons pas d'observation récente de pareils faits et nous avons tout lieu de penser avec notre maître M. Savariaud qu'ils ont été mal interprétés, et qu'ils ne sont devenus classiques que pour avoir été depuis leur naissance antique pieusement transmis par les générations successives de

candidats à l'internat. Mais peut-être le ganglion de Cloquet devrait-il cette propriété à sa situation dans l'anneau crural même, où il peut s'étrangler lorsqu'il s'enflamme ; quoi qu'il en soit, il nous semblait intéressant de montrer par comparaison l'absence de pareils symptômes dans l'inflammation des ganglions iliaques qui sont certainement en contact plus étendu et plus intime avec le péritoine.

Lorsqu'on vient à *examiner* le malade à ce moment, la première chose qui frappe le plus souvent c'est *l'attitude vicieuse du membre inférieur*. La cuisse se place en *flexion permanente* et souvent prononcée, atteignant ou dépassant même 45°. Cette flexion de la cuisse peut être directe ou indifférente, sans abduction ni adduction, mais souvent elle s'accompagne d'adduction et aussi de rotation interne légère réalisant ainsi l'attitude de la coxalgie que M. Kirmisson appelle *l'inversion du membre*. D'autre part nous n'avons jamais noté l'attitude de flexion avec abduction et rotation externe. Cette attitude vicieuse ne peut évidemment s'expliquer que par l'action du muscle psoas iliaque ; soit que l'inflammation des ganglions et du tissu cellulaire sous-péritonéal retentissent sur le muscle voisin et y détermine une inflammation aiguë légère ; soit que cette attitude réalise simplement le relâchement diminuant la compression de la tuméfaction iliaque et soulageant la douleur : c'est ce qui nous paraît le plus vraisemblable. D'autre part, dans la psoïtis où la même pathogénie peut être invoquée, l'attitude classique est la flexion avec abduction et rotation externe. Il est vrai de dire que ce n'est pas là un fait absolument constant, mais sa fréquence est très

grande. Cette différence d'attitude peut s'expliquer par ce fait que le muscle n'est pas directement lésé comme dans la psoïtis, ou bien que la collection suppurée qui agit sur lui n'est pas dans la gaîne mais en dehors d'elle.

Il est facile en général de voir que l'articulation de la hanche n'est pas atteinte, et ne se trouve pas en cause dans la réalisation de cette attitude. En effet, si l'on vient à examiner les mouvements de cette articulation, on voit qu'ils sont libres et que notamment on peut fléchir le membre, le porter en abduction, en adduction sans entraîner aucunement le bassin ; il n'y a pas de « liaison ». Seule l'extension de la cuisse réveillant les douleurs est limitée.

Dans le *triangle de Scarpa* on ne note rien.

La fosse iliaque, au contraire, est le siège d'une *tuméfaction douloureuse*. A son niveau les téguments sont au début d'aspect complètement normal, mais au bout de quelques jours, il n'est pas rare de les voir très légèrement œdématiés et parfois même un peu rosés.

Le caractère principal de la tuméfaction est d'être en rapport intime avec l'arcade crurale, et pour ainsi dire absolument collée au ligament de Fallope. Ce caractère est très important, et nous croyons qu'on ne le trouve pas avec cette netteté dans les collections purulentes intrapéritonéales.

Dans certains cas, la tuméfaction se développe surtout en dedans des vaisseaux iliaques entre eux et l'épine pubienne. Dans quelques autres, un peu plus fréquents, elle se développe surtout en dehors de ces mêmes vaisseaux, entre eux et l'épine iliaque antérieure et supérieure. Ces cas correspondent évidemment à des phleg-

mons ayant débuté au niveau des ganglions rétrocruraux internes ou externes et s'étant cantonnés à l'une ou l'autre des chaînes que l'on décrit anatomiquement. Mais le plus souvent tout semble pris en même temps. La *tuméfaction* alors siège à cheval sur les vaisseaux. Elle possède une *forme* de segment de cercle limité en bas par l'arcade crurale, et en haut par une courbe dont le trajet des vaisseaux iliaques du milieu de l'arcade vers l'ombilic représente le rayon, L'*étendue* de la tuméfaction est variable suivant les cas ; mais pour certains, la collection est assez volumineuse pour que son point culminant, surtout chez les enfants, s'approche très près de l'ombilic et dépasse une horizontale menée par l'épine iliaque antérieure et supérieure. La *consistance* est celle d'un empâtement dur, parfois même rénitent, mais très rarement la fluctuation est perceptible ; la douleur d'ailleurs s'oppose à cette recherche.

Partout ailleurs que dans la fosse iliaque le ventre est parfaitement souple et non douloureux.

Il faut toujours terminer l'examen par le *toucher rectal* ou *vaginal*. Chez l'adulte il montrera que la tuméfaction n'est pas accessible au doigt et qu'elle ne pénètre pas dans le pelvis. Chez l'enfant à petit bassin on accède facilement par le toucher rectal jusque sur le détroit supérieur, et l'on peut parvenir alors à atteindre à bout de doigt la collection qui parfois surplombe le détroit supérieur, mais, là encore, n'envahit pas la cavité pelvienne.

Le développement au complet de ces symptômes demande, dans les cas franchement aigus que nous étudions actuellement, environ une huitaine de jours, et

c'est souvent d'ailleurs à ce moment qu'on observe les malades, au moins à l'hôpital. Au bout de ce laps de temps, les phénomènes de *suppuration collectée* sont devenus évidents et l'ouverture s'impose, c'est ce qui est arrivé dans nos observations en général.

Laissée à elle-même, la collection s'étant infiltrée peu à peu à travers la paroi abdominale, devient superficielle et forme alors sous la peau un volumineux relief allongé au-dessus de l'arcade crurale, et où la fluctuation est des plus évidentes et des plus faciles à percevoir. Elle finirait certainement par s'ouvrir à ce niveau, mais il faut noter que jamais elle ne franchit l'arcade et ne fuse à la cuisse par l'anneau crural.

C'est toujours *au-dessus de l'arcade* et en un point quelconque tout près d'elle que la collection fait saillie et s'ouvrirait spontanément si on lui en laissait le temps. Mais nous n'avons guère observé d'évolution spontanée si prolongée ; l'intervention est venue plus ou moins tard donner une issue au pus collecté.

Dès que le pus est évacué et qu'un bon drainage est établi, l'évolution est, dans l'immense majorité des cas, des plus simples. La température s'abaisse à la normale et tous les phénomènes généraux disparaissent. La suppuration continue, abondante seulement les premiers jours, elle diminue en général bientôt et l'on est étonné de la rapidité avec laquelle se comblent et se ferment complètement des cavités parfois très considérables. C'est ainsi que souvent la *guérison* s'obtient en *15 jours ou 3 semaines*. De très bonne heure également, le lendemain même de l'intervention, les mouvements de la cuisse redeviennent normaux et non douloureux. La

cuisse s'étend, et lorsque les malades se lèvent il ne reste rien de la claudication du début.

Cette guérison est, en général, *définitive*, et si dans quelques observations on note jusqu'à quatre récidives ou bien le passage de la suppuration d'un côté à l'autre, ces observations sont anciennes et appartiennent à une époque où l'ouverture insuffisante parfois faite simplement au trocart, le mauvais drainage et le pansement sale du dernier chirurgien partisan du cataplasme sont des raisons suffisantes à expliquer cette évolution.

Parmi les ouvertures anormales, nous faudrait-il citer l'ouverture dans l'intestin ? La seule observation que nous ayons trouvée où l'on note cette évolution avec présence subite de pus dans les selles, observation que nous rapportons d'ailleurs ici d'après Castex (Thèse Paris, 1881) remonte a 1879. Dans cette observation, l'auteur dit qu'on a d'abord pensé à une *périty phlite*, puis il admet le diagnostic d'adénite iliaque parce que, à un moment donné, on a perçu des traces de lymphangite à la face interne de la cuisse. Les accidents siégeaient à droite ; nous pensons qu'aujourd'hui cette observation serait très probablement étiquetée : « Appendicite avec abcès périappendiculaire ouvert dans l'intestin ». D'ailleurs, on dit que le malade est devenu cachectique, mais la terminaison reste inconnue.

A côté de cette forme d'adéno-phlegmon iliaque d'emblée, il faut décrire aussi *deux autres aspects cliniques* des adéno-phlegmons de cette région. Dans l'un les accidents infectieux se succèdent en *série ascendante* le long du membre inférieur avec des suppurations parfois multiples, les *ganglions cruraux et inguinaux*

sont pris et tuméfiés, peuvent, suivant les cas, suppurer ou non. Dans une *autre variété*, l'adéno-phlegmon survient au cours même de l'évolution d'une plaie septique du membre inférieur sans lymphangite ni adénite intermédiaire. Dans ces cas, les symptômes sont les mêmes et se surajoutent simplement aux accidents antérieurs ; mais le diagnostic est grandement facilité par l'existence de ces accidents, et l'affection perd alors de son intérêt.

Enfin les adénites aiguës iliaques avec péri-adénite n'évoluent *pas fatalement vers la suppuration*, mais peuvent se terminer par résolution complète. Nous avons déjà parlé des observations de Mauclaire qui a étudié ces adénites iliaques aiguës non suppurées. Ces adénites peuvent survenir comme les adéno-phlegmons iliaques d'emblée sans lésion causale visible, et donner lieu alors, surtout si l'on n'y pense pas, aux plus grandes incertitudes de diagnostic. M. Triboulet, médecin de l'hôpital Trousseau, a bien voulu nous communiquer une observation inédite très intéressante (obs. 35), où chez un enfant, après de nombreux examens, tant médicaux que chirurgicaux, on est obligé d'admettre ce diagnostic comme le plus vraisemblable. Dans une autre observation qui nous est personnelle (obs. 3), on vit, à la suite d'une écorchure infectée et d'un abcès du pied, se développer tous les symptômes d'un adéno-phlegmon iliaque, à ce point même qu'on crut trouver de la fluctuation. La malade fut opérée et l'on ne trouva que des ganglions iliaques volumineux, enflammés, dans un tissu cellulaire infiltré, mais pas de pus nulle part. La suppuration apparut ensuite, et probablement mal drainée, se pro-

longea longtemps ; aujourd'hui la guérison est complète et définitive, et nous pensons que cette adénite iliaque, indiscutable puisqu'elle a été vue directement, aurait vraisemblablement évolué vers la résolution.

COMPLICATIONS ET PRONOSTIC

Les *complications* qui peuvent survenir au cours de l'évolution des adéno-phlegmons iliaques sont relativement *rares*.

Les *complications générales* qui pourraient être mises sur le compte d'une virulence spéciale et exagérée du germe infectieux en cause ne peuvent être que tout à fait exceptionnelles. En effet, si la virulence de l'infection est extrême, il n'y a pas d'accidents locaux, ou bien s'il y a de la lymphangite, les relais ganglionnaires sont franchis et les accidents généraux graves éclatent sans laisser à l'adéno-phlegmon le temps de se constituer. Cependant, dans une des observations que nous rapportons (obs. 27), la mort survint par septicémie, mais il s'agissait d'un indigène, qui ne fut soigné qu'*in extremis* par M. Comte, médecin militaire, en Tunisie.

De même on n'observe guère l'extension de la suppuration avec fusées purulentes à distance.

Nous avons déjà parlé d'une observation fort douteuse d'ouverture dans l'intestin. Le voisinage presqu'immédiat du *péritoine* doit naturellement faire penser à la possibilité de *complications de ce côté*, or il n'en est rien. Nous avons déjà vu que cliniquement on ne note jamais de symptôme d'ordre péritonéal, il en est de même pen-

dant toute l'évolution de la maladie et ces complications ne sont pas à redouter. Nous avons pu cependant relever plusieurs observations de péritonite consécutive à des adénites iliaques. C'est ainsi que Lereboullet père, en 1870 (1), cite un cas de péritonite suppurée mortelle consécutif à une adénite inguino-iliaque *chronique*, suppurée, *ouverte et infectée*. A l'autopsie, le point de départ de la péritonite paraissait bien ganglionnaire. A ce propos il relate également deux cas analogues de Clerc (2) où il s'agissait de bubons iliaques ouverts *compliqués d'érysipèle* et de péritonite mortelle. Mais ces observations, dont nous n'avons pas retrouvé d'exemple plus récent, appartiennent à l'époque des complications septiques par excellence, et nous pensons que de telles infections venues de l'extérieur ne peuvent se rencontrer à nouveau qu'avec une extrême rareté. Il nous faut cependant parler encore d'un cas, récent celui-là, d'adéno-phlegmon iliaque où la mort survint par péritonite. Dans cette observation publiée par Lorentz (3) en 1904 et rapportée par M. Batut (4) en 1906, il s'agissait d'un enfant atteint d'un adéno-phlegmon iliaque droit consécutif à une écorchure du pied avec lymphangite et adénite inguinale qui ne fut pas reconnu et fut pris pour une collection intrapéritonéale. Lorentz fit une laparotomie qui montra un péritoine sain et la mort survint par *péritonite*. Nous n'avons pu retrouver les détails de l'observation ; mais elle montre

(1) Lereboullet. *Gaz. hebdom. méd. et chir.*, n° 3, 1870.
(2) Clerc. *Ann. de dermat. et de syphiligraphie*, 1869.
(3) Lorentz. *Berl. klin. Woch.*, 7 avril 1904.
(4) Batut. Traitement chirurgical des péritonites. *Bull. Soc. méd. Drôme* janvier 1906.

bien la possibilité d'erreur de diagnostic, et dans ce cas l'erreur fut fatale au malade, sans que la complication péritonéale pût être attribuée à l'évolution spontanée de la maladie.

En réalité, nous pensons qu'une seule complication sérieuse est à craindre, encore qu'elle soit également peu fréquente : c'est l'*hémorragie par ulcération des vaisseaux iliaques*. Ceux-ci, en effet, passent pour ainsi dire dans la cavité purulente même et ils sont exposés au même titre que les vaisseaux carotidiens dans les phlegmons du cou. Nous rapportons ici deux observations où survint cette complication. Dans l'une, qui est inédite et appartient à M. Broca (obs. 10), une hémorragie foudroyante se produisit brusquement dans la nuit du 8e jour après l'intervention, alors que tout allait pour le mieux et la petite malade mourut avant qu'on ait pu intervenir. Dans l'autre, publiée par M. Lanne, médecin militaire (obs. 29), le même accident se produisit le 6e jour, mais l'hémorragie formidable put être arrêtée par la ligature immédiate de la veine fémorale dans le triangle de Scarpa, et le malade guérit. Dans ces deux cas, c'est la veine qui fut ulcérée, mais l'accident n'est pas moins redoutable que si l'artère avait été ouverte, et il fut nettement la cause de la mort dans le cas de M. Broca. La question des hémorragies par ulcération de gros vaisseaux au contact des suppurations est fort complexe. Nous avons eu au cours de notre quatrième année d'internat à l'hôpital Trousseau, dans le service de notre maître M. Savariaud (1), l'occasion d'observer deux cas

(1) Savariaud et Bonvoisin. *Société de Pédiatrie*, décembre 1909, et Savariaud. *Société de Pédiatrie*, janvier 1910.

très rapprochés d'ulcérations de ces mêmes vaisseaux iliaques au cours de suppurations pelviennes.

Dans ces deux cas il était manifeste que le contact des drains avait été fort nuisible pour les vaisseaux et devait être rendu responsable de leur ulcération. Ces cas sont peut-être à rapprocher, bien que les observations manquent de détails précis sur le siège exact de l'ulcération vasculaire, sur la situation des drains, etc. Au moins devons-nous tirer de ces faits cette conclusion pratique qu'il faut prendre de grandes précautions pour drainer au contact de gros vaisseaux.

Dans l'ensemble, le *pronostic* des adéno-phlegmons iliaques reste très favorable et d'une *grande bénignité* aussi bien au point de vue fonctionnel qu'au point de vue général ; et justement, cette bénignité du pronostic est à opposer à l'incertitude qui pèse toujours sur l'évolution d'une collection suppurée de la fosse iliaque. Il est évident que dans les ostéomyélites du bassin, dans les psoïtes, dans les collections suppurées intrapéritonéales appendiculaires, périsigmoïdiques, etc., le pronostic est bien moins sûr, l'évolution plus longue et sujette à de nombreux et graves accidents. Il y a donc un grand intérêt à faire le diagnostic d'adéno-phlegmon iliaque d'emblée et à reconnaître d'abord qu'on a affaire à une affection bénigne et simple à traiter.

ADÉNO-PHLEGMONS ILIAQUES D'ORIGINE UTÉRINE. — RAPPORTS AVEC LA PSOITIS

Le temps nous a manqué pour entreprendre complètement cette étude qui eut été fort importante et qui dépasserait les limites de notre cadre, mais nous voulons cependant en dire quelques mots, car en comparant nos observations d'adéno-phlegmon iliaque à certaines observations de *phlegmons iliaques d'origine génitale* chez la femme, nous avons été frappé des ressemblances considérables que présentaient cliniquement ces deux affections.

Nous avons vu au début de cette étude que les ganglions iliaques externes, en particulier ceux des chaînes moyennes et internes, reçoivent aussi bien que les ganglions hypogastriques des lymphatiques venus des viscères pelviens et en particulier du col et du corps de l'utérus. Or, parmi les infections viscérales susceptibles de retentir sur les ganglions iliaques, l'origine utérine est pratiquement la seule à retenir, pour sa réalisation que nous croyons assez fréquente. L'infection puerpérale post partum, ou post abortum est d'ailleurs presqu'exclusivement en cause ici.

Les suppurations d'origine génitale chez la femme ont donné lieu de tout temps à des discussions infinies au

point de vue de leur pathogénie. Il semble bien établi et accepté par tout le monde aujourd'hui qu'en dehors des pelvi-péritonites et des annexites suppurées, il reste des suppurations du tissu cellulaire du bassin qui reconnaissent pour origine des inflammations des lymphatiques et des ganglions qui sont plongées dans ce tissu. Parmi ces suppurations les unes restent *exclusivement pelviennes*, c'est le *phlegmon du ligament large* qui est dû à l'inflammation des lymphatiques et des ganglions hypogastriques avec péri-lymphangite et périadénite suppurée étendue au tissu cellulaire de la gaîne hypogastrique. Ces ganglions hypogastriques siègent, nous l'avons vu, à l'émergence des branches pelviennes de l'hypogastrique et en particulier de l'utérine : rien d'étonnant à ce que leur suppuration donne naissance à un phlegmon de la gaîne hypogastrique. Ces suppurations peuvent s'accompagner de suppuration également dans la *fosse iliaque* qui vient alors le plus souvent s'ouvrir au-dessus de l'arcade crurale. On admet alors qu'il s'agit de fusées purulentes ; il nous paraît aussi simple de penser que dans ces cas les *chaînes ganglionnaires iliaques externes* ont pu être prises en même temps que les ganglions hypogastriques puisqu'anatomiquement les ganglions reçoivent directement les lymphatiques utérins.

Mais il existe dans l'état puerpéral des *suppurations isolées de la fosse iliaque* dans le phlegmon du ligament large et dans ces observations tout ressemble à ce qui se passe dans nos observations d'adéno-phlegmon iliaque. Comme eux, elles sont tardives, survenant plusieurs semaines après l'accouchement ou l'avortement, elles donnent lieu aux mêmes signes cliniques et en particu-

lier à la flexion de la cuisse avec tuméfaction empâtée dans la fosse iliaque ; enfin comme eux encore elles viennent s'ouvrir au voisinage et au-dessus de l'arcade crurale. Pour nous ce sont donc purement et simplement des *adéno-phlegmons des ganglions iliaques externes.* Cette pathogénie simple ne paraît cependant pas admise par tous, puisque M. le professeur Delbet, dans le *Traité des suppurations pelviennes chez la femme*, se demande si dans l'état puerpéral, « la fosse iliaque peut devenir le siège d'abcès sans que le petit bassin ait été envahi par la suppuration » ? Il ajoute qu'il n'a pas trouvé « un seul fait où l'on ait constaté anatomiquement l'*intégrité du tissu conjonctif du petit bassin* en même temps qu'un phlegmon iliaque » et il considère que ces phlegmons iliaques sont consécutifs à une inflammation antérieure qui peut seulement être éteinte dans le ligament large lorsqu'elle se développe et s'accroît dans la fosse iliaque. Mais M. Delbet a soin de mettre hors de cause les psoïtis puerpérales ; il semble donc bien admettre que lorsqu'il s'agit de psoïtis, la suppuration iliaque peut exister sans rien d'anormal du côté du bassin, sans lésions du tissu cellulaire de la gaîne hypogastrique. *Le mécanisme de la psoïte puerpérale* a été très discuté : attribué au traumatisme par les premiers auteurs qui l'étudièrent et en particulier par Kyll de Wesel, on met en cause aujourd'hui exclusivement l'infection puerpérale. Celle-ci peut gagner le muscle psoas par deux voies seulement : sanguine ou lymphatique. Dans le premier cas, on ne voit pas pourquoi un abcès métastatique de cause générale aurait une localisation toujours identique et réservée au muscle psoas iliaque. Il faut donc admettre

avec les auteurs modernes dont l'opinion est excellemment résumée dans la récente revue générale de Verdun (1) que la plupart, pour ne pas dire tous les cas de psoïtes *puerpérales*, *sont d'origine lymphatique* et sont de simples suppurations par contiguité consécutive à l'inflammation des ganglions voisins du muscle. D'ailleurs ce n'est pas là une simple vue de l'esprit et ce mécanisme est rigoureusement démontré par une observation clinique et anatomique des plus intéressantes de M. Morestin (2). Il s'agissait d'une femme, qui après un accouchement laborieux à suites mauvaises et fébriles, avait présenté des signes de psoïtis successivement à gauche et à droite ; le côté gauche ayant même été incisé au-dessus de l'arcade crurale. Elle arriva à l'hôpital *trois mois* après l'accouchement en très mauvais état, avec des signes de psoïtis double suppuré et mourut rapidement par embolie pulmonaire. On avait noté que : les culs-de-sac étaient libres, souples, et que l'on ne sentait rien, ni du côté des annexes, ni du ligament large.

A l'autopsie, cette intégrité constatée cliniquement, fut anatomiquement vérifiée : « *Le tissu cellulaire des ligaments larges et de la gaine hypogastrique ne présentait rien qui fut différent de l'état normal.* » Il existait de chaque côté un abcès placé entre le bord interne du psoas et les vaisseaux iliaques, et remontant le long de la veine jusqu'au niveau de la bifurcation de l'iliaque primitive, descendant au bas presque jusqu'à l'arcade crurale. Les lésions musculaires intéressaient le

(1) Verdun. *Gazette des hôpitaux*, 1909, n°s 109 et 112.
(2) Morestin. *Société anatomique*, 8 juin 1900.

seul psoas et dans sa partie moyenne seulement, et il était manifeste aussi qu'elles s'étaient produites par contiguité. M. Morestin montre ensuite avec une parfaite évidence que ces collections suppurées, étant donné d'une part, leur situation, et d'autre part, l'intégrité anatomique du ligament large, étaient bien d'origine ganglionnaire, et que la psoïtis dans ce cas était secondaire à un double adéno-phlegmon, alors que faute d'examen nécropsique attentif on eût dit sans aucun doute : psoïtis primitive, myosite suppurée vraie du psoas.

Quels sont donc les ganglions dont la suppuration peut ainsi envahir le psoas ? M. Morestin dit adénophlegmon iliaque interne ; nous dirons, nous, *adénophlegmon iliaque externe*, mais, sous cette apparente contradiction, il n'y a qu'une question de mots. En effet, les descriptions anatomiques concernant la topographie des ganglions du bassin, ont beaucoup varié, et si nous adoptons la description très précise et très logique de Poirier et Cunéo, nous voyons que dans le cas de M. Morestin, la suppuration a atteint cette *chaîne interne des ganglions iliaques externes*, placée sur le flanc interne de la veine iliaque externe et sur le bord interne du psoas en avant du tronc de l'hypogastrique jusqu'à la bifurcation de l'iliaque primitive. Il nous paraît d'ailleurs qu'il n'y a que des avantages à séparer aussi bien anatomiquement que cliniquement les vrais ganglions hypogastriques qui sont sur l'obturateur interne à l'émergence des branches artérielles et qui donne lieu à des suppurations pelviennes cliniquement et chirurgicalement accessibles par la voie basse de ces ganglions qui, placés à la limite du petit bassin et de la fosse iliaque,

ont tendance à évoluer lorsqu'ils suppurent vers la fosse iliaque et ne sont guère accessibles par la voie basse.

Mais il n'y a pas que la chaîne interne de ces ganglions qui puisse être prise de cette façon. Dans certains cas, l'évolution beaucoup plus franchement et exclusivement iliaque de la collection montre que d'autres groupes faisant partie des ganglions iliaques externes et très probablement la chaîne moyenne peuvent également être atteints. Dans un article paru en 1903, M. Besson (de Lille) (1), en montre des exemples typiques que nous avons joints à nos observations. Dans un cas il vit une collection suppurée de la fosse iliaque se développer, environ deux mois après un accouchement à suites fébriles et s'accompagner de flexion de la cuisse. Le toucher vaginal montrait qu'il n'y avait *rien dans la cavité pelvienne*. L'intervention par une incision parallèle à l'arcade crurale évacua une collection située entre le fascia iliaca et le péritoine. La guérison survint facilement après redressement de la cuisse. Dans une autre observation semblable, tous ces symptômes existaient, mais la résolution put être obtenue après extension et immobilisation de la cuisse. M. Besson conclut qu'à côté des psoïtes vraies, il existe des *réactions musculaires inflammatoires simples, de voisinage*, consécutives à des adénites ou adéno-phlegmons iliaques. On donne encore le nom de psoïtis à ces réactions à cause surtout de symptômes cliniques communs, tels que la flexion de la cuisse, mais ceci nous semble discutable dans ces cas où la gaîne du muscle n'était pas envahie par la suppuration, et ces

(1) Besson. *Journal des Soc. méd. de Lille*, 1903, t. I, p. 193.

symptômes sont presque constants dans nos observations d'adéno-phlegmons d'origine périphérique auxquelles nous ne songeons pas à donner le nom de psoïtis. D'ailleurs ceci nous amène à nous demander ce qui reste de la psoïte primitive, de la myosite essentielle du psoas ? Après en avoir éliminé les ilio-psoïtes droites d'origine appendiculaire, les psoïtes puerpérales, qui sont les deux plus fréquentes, il ne reste plus que quelques cas de psoïtes infectieuses survenant au cours de grandes pyrexies comme la fièvre typhoïde, qui ne sont pas plus fréquentes que d'autres suppurations musculaires survenant dans les mêmes conditions. D'ailleurs, tous les degrés doivent exister entre cette réaction inflammatoire simple du psoas iliaque au contact d'un adéno-phlegmon qui peut même dans ce cas, manquer complètement, et l'envahissement de la gaîne et du muscle lui-même par la suppuration. Aussi sommes-nous persuadés, avec notre maître, M. Savariaud, que dans bien des cas l'adénite suppurée de la fosse iliaque qui passe pour être rare, a été méconnue et confondue avec la psoïte.

En tout cas les observations que nous avons analysées ici nous paraissent démontrer que dans l'état puerpéral, des *suppurations du tissu cellulaire de la fosse iliaque* avec ou sans psoïtis vraie peuvent exister *indépendamment de toute lésion du tissu cellulaire* du petit bassin, et que ces suppurations ont pour origine l'*inflammation des ganglions iliaques externes*. Nous pouvons les comparer à tous les points de vue avec les adéno-phlegmons iliaques d'emblée consécutifs à une plaie du membre inférieur. Si, dans ces cas, les ganglions iliaques peuvent être pris indépendamment des ganglions inguino-cruraux,

pourquoi dans une infection d'origine utérine ne pourraient-ils être pris à l'exclusion des ganglions hypogastriques, puisque les lymphatiques aboutissant directement aux ganglions iliaques externes sont, venant du membre inférieur, d'une existence douteuse et au moins inconstante, tandis que venant du col et du corps de l'utérus, ils sont nombreux, constants, et impossibles à nier.

Il existe, d'ailleurs, des adénités iliaques subaiguës ou chroniques, non suppurées, d'origine utérine, qui parfois ont été enlevées chirurgicalement, ce qui en vérifie bien l'existence. Nous rapportons ici une observation (obs. 38), que nous a très obligeamment communiqué notre collègue Lemarchal qui en est un exemple typique et ce sont certainement des cas analogues qui ont été rapportés à la *Société de chirurgie* (1) par MM. Terrier, Pozzi et Lucas-Championnière ayant donné lieu à des interventions chirurgicales, tantôt par laparotomie médiane, tantôt par laparotomie sous-péritonéale avec une incision comme pour la ligature des vaisseaux iliaques, M. Lejars également, cite, dans son article de la *Semaine médicale*, une observation tout à fait analogue cliniquement, mais où l'intervention proposée fut refusée par la malade.

(1) 3 juillet 1889.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il peut y avoir adénite aiguë, simple ou suppurée sans périadénite marquée. C'est dans ces cas qu'à l'intervention on trouve des abcès à *loges petites et multiples* avec des *coques ganglionnaires* encore intactes dont l'aspect est bien celui d'une polyadénite suppurée. Parfois même on trouve des ganglions gros dont le centre seul est suppuré comme dans un cas de M. Savariaud (obs. 15). Mais beaucoup plus souvent le tissu cellulaire voisin participe à l'inflammation et à la suppuration pour constituer l'adéno-phlegmon véritable. Dans certains cas on peut, d'après le siège de la collection, penser que certaines chaînes ganglionnaires ont été prises à l'exclusion des autres. C'est ainsi que lorsque la *chaîne externe* est prise et en particulier le *gros ganglion rétro-crural externe*, la collection se développe en dehors des vaisseaux au devant du muscle iliaque dans la partie externe de la fosse iliaque. Lorsque, au contraire, c'est la *chaîne interne* qui est prise seulement avec son gros ganglion d'origine *rétro-crural interne*, la collection se développe en dedans de la veine iliaque externe entre elle et l'épine pubienne, en avant de la branche horizontale du pubis. En particulier, la chaîne interne peut se trouver prise exclusivement dans certains cas d'infection d'origine uté-

rine. Il semble alors que ce soit les *ganglions supérieurs* de cette chaîne qui soient surtout pris. C'est ainsi que, dans le cas de M. Morestin où les lésions sont minutieusement décrites, l'abcès bilatéral siégeait entre les vaisseaux iliaques et la face interne du psoas, il remontait jusqu'à la bifurcation de l'iliaque primitive où paraissait être le foyer principal et primitif le plus étendu en largeur et en hauteur, il descendait en bas jusqu'au voisinage de l'arcade crurale, longeant ainsi la face interne du psoas au point ou la fascia iliaca est le plus mince et le moins résistant. C'est cette faiblesse du fascia qui rend compte, d'après M. Morestin et les auteurs modernes, de la fréquence de la psoïtis post puerpérale alors que les abcès d'origine périphérique siégeant surtout en avant, où le fascia est épais, résistant, donnent d'une façon presque constante, des signes d'irritation du muscle sans l'envahir en aucune façon.

Beaucoup plus souvent, l'*adéno-phlegmon est total* au moins pour les ganglions inférieurs des trois chaînes. L'abcès collecté se trouve alors à cheval sur les vaisseaux iliaques externes. La cavité est limitée *en bas* par l'arcade crurale à laquelle elle est collée ; s'étendant parfois lorsqu'elle est volumineuse à presque toute son étendue, atteignant presque l'épine pubienne d'une part et l'épine iliaque antérieure et supérieure de l'autre. En avant, la collection répond au péritoine pariétal plus ou moins refoulé en haut, et au-dessus de lui au fascia transversalis et à la paroi abdominale antérieure. *En arrière*, elle répond à l'aponévrose du fascia iliaca, au-devant des corps charnus du psoas et de l'iliaque Les vaisseaux iliaques font saillie sur cette paroi postérieure de la

cavité et parfois la crosse des vaïsseaux épigastriques se détachant d'eux forme comme une ébauche de division de l'abcès. En dedans, elle se trouve, en général, limitée par le détroit supérieur, mais elle peut, si elle est volumineuse, surplomber fortement la saillie du détroit supérieur, restant au-dessus de la cavité pelvienne sans l'envahir, lorsqu'il s'agit d'un abcès périphérique. La collection peut s'étendre en arrière plus ou moins loin suivant son volume ; mais il arrive qu'elle aille ainsi jusqu'au voisinage de la symphyse sacro-iliaque et de l'aileron sacré, comme nous l'avons vu dans un cas, chez un enfant (Obs. 1).

La cavité est unique et à parois assez régulières et l'on n'y voit naturellement plus traces de coques ganglionnaires, les ganglions étant complètement détruits. Les caractères du pus sont bien ceux d'un adéno-phlegmon ; pus épais, verdâtre, bien lié, strié de sang, sans odeur appréciable, et ces caractères, malgré leur banalité, sont importants, car ils permettent de vérifier une fois de plus au moment de l'intervention l'origine ganglionnaire de ces abcès, et de les distinguer des autres : abcès d'origine intestinale, appendiculaire par exemple, d'une fétidité spéciale qui ne trompe guère, pus de psoïtis rougeâtre ou noirâtre, avec de la bouillie musculaire sphacélée, pus d'ostéomyélite, huileux avec de petits séquestres pulvérulents, pus de phlegmon périnéphrétique à odeur urineuse, pus tuberculeux, enfin.

Nous avons déjà vu que la plupart du temps l'examen bactériologique montre dans le pus de ces abcès du staphylocoque à l'état de pureté. Dans les abcès post-puerpéraux il s'agit naturellement de streptocoque.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

En présence d'une tuméfaction empâtée de la fosse iliaque, le diagnostic de suppuration est facile, il est important et plus difficile d'en préciser le siège et la nature. En ce qui concerne les adéno-phlegmons iliaques, le diagnostic est surtout difficile, nous l'avons dit et répété, lorsqu'il s'agit de ces formes *d'emblée*, isolées, sans porte d'entrée nettement visible. Malgré tout, même dans ces cas, il restera assez facile, si l'on y pense, et nous croyons qu'il faut toujours y penser, car ces cas sont loin d'être exceptionnels.

Une erreur grossière consisterait à prendre pour un adéno-phlegmon iliaque, une *suppuration superficielle de la paroi abdominale* antérieure au voisinage de l'arcade crurale. Cependant il faut se rappeler que parfois les adénites inguinales suppurées se développent nettement et entièrement au-dessus de l'aine. Ces *adénites sus-inguinales* pourraient ainsi en imposer pour une suppuration iliaque ayant fusé à travers la paroi : l'erreur est vraiment peu aisée à commettre et en tout cas l'incision montrerait bien que les lésions sont superficielles et ne franchissent pas l'aponévrose du grand oblique.

L'erreur la plus facile à commettre serait de prendre un adéno-phlegmon iliaque pour un *abcès péritonéal*

enkysté, en particulier pour une *appendicite,* surtout chez l'enfant. Rappelons encore ici l'observation de Lorentz où cette erreur fut commise et eut des conséquences mortelles.

Dans l'appendicite, la douleur du début a un siège nettement plus élevé, plus abdominal, elle est même souvent, comme on le sait, localisée par le malade dans la région périombilicale. Lorsque la crise a été assez intense pour donner naissance à un abcès net, le début en a toujours été marqué par des phénomènes digestifs ou péritonéaux précis, tels que les vomissements alimentaires et bilieux, la constipation absolue, le ballonnement du ventre. Nous avons déjà insisté sur l'absence complète de ces symptômes dans l'adéno-phlegmon iliaque malgré le voisinage intime des ganglions et du péritoine, et malgré l'exemple classique des symptômes de ce genre attribués à l'adénite du ganglion de Cloquet.

A l'examen physique, le plastron appendiculaire n'est pas nettement collé à l'arcade et n'a pas la même forme, il est allongé plutôt dans le sens vertical, alors que l'adéno-phlegmon forme une tuméfaction en segment de cercle dont la corde est représentée par l'arcade crurale. Enfin il n'est pas très fréquent qu'un abcès appendiculaire s'accompagne de flexion de la cuisse, alors que celle-ci est presque constante dans l'adéno-phlegmon.

Les mêmes éléments de diagnostic se retrouvent pour les abcès intra-péritonéaux de la fosse iliaque gauche. Notons en passant que le diagnostic de *périsigmoïdite suppurée*, qu'il est naturel d'admettre en pareil cas, n'est pas toujours exact. Chez l'enfant en particulier, comme l'a justement fait remarquer M. Broca, de tels

abcès sont presque toujours d'origine appendiculaire, sans qu'il y ait nécessité d'invoquer une anomalie de situation du cœcum et de l'appendice par absence de torsion de l'anse vitelline. Nous l'avons nettement observé à plusieurs reprises, au cours de l'année que nous venons de passer dans le service de chirurgie infantile de l'hôpital Trousseau. Dans un cas, en particulier, on pouvait penser à un adéno-phlegmon iliaque, et le diagnostic resta hésitant jusqu'à l'intervention qui montra qu'il s'agissait bien d'un abcès appendiculaire. Dans ces cas, le toucher rectal peut rendre les plus grands services en montrant l'extension de la collection dans la cavité pelvienne qui n'est pas le fait d'un adéno-phlegmon. Les mêmes observations sont d'ailleurs exactement applicables aux périsigmoïdites suppurées vraies de l'adulte.

Lorsque l'adéno-phlegmon de la fosse iliaque s'accompagne de flexion de la cuisse, ce qui est presque la règle, les premiers diagnostics qui viennent à l'idée d'un observateur non prévenu sont ceux de *psoïtis* ou *d'affection coxo-fémorale*. Nous nous sommes déjà longuement expliqué sur les rapports de la psoïtis et des adéno-phlegmons iliaques. Nous croyons que la psoïte primitive ou essentielle est absolument exceptionnelle, on devra donc la considérer comme secondaire et en dehors d'une étiologie précise comme celle d'appendicite ou d'infection puerpérale, ne porter ce diagnostic qu'avec grande réserve. Ce qui importerait, à notre point de vue, c'est d'essayer de savoir à quel point la gaîne de psoas et le muscle lui-même ont été atteints par l'inflammation, c'est-à-dire, s'il y a, à leur niveau, suppuration ou non. L'existence de prolongements de la collection de la fosse

iliaque à la cuisse, dans le triangle de Scarpa ou vers le petit trochanter ; ou à la région lombaire sont des signes de certitude. En leur absence le diagnostic d'envahissement de la gaîne nous paraît fort difficile à faire. L'attitude classique du membre pelvien dans la psoïtis : flexion, abduction, rotation externe opposée à l'attitude de flexion directe ou avec adduction légère qu'on rencontre plutôt dans l'adéno-phlegmon simple serait précieuse pour ce diagnostic ; mais, ni dans l'un ni dans l'autre cas, l'attitude ne peut être considérée comme constante et pathognomonique. C'est donc à l'intervention que ce diagnostic pourra seulement, dans beaucoup de cas, être précisé d'après les caractères du pus et l'exploration de la cavité.

L'attitude vicieuse du membre pelvien peut également faire penser à *une lésion de la hanche*, mais non pas, comme on pourrait le croire, à une lésion aiguë, mais au contraire à la *coxo-tuberculose*. Cette erreur en effet, n'est guère possible lorsque l'adéno-phlegmon franchement aigu, évolue rapidement, et d'autre part, une arthrite aiguë de de la hanche, donnerait des signes articulaires proprement dits assez intenses pour entraîner l'évidence. Au contraire, lorsque l'adéno-phlegmon évolue d'une façon subaiguë latente, il arrive que l'attitude vicieuse se constituant peu à peu permet la marche en entraînant une claudication douloureuse pour laquelle le malade vient consulter. L'examen ajoute à ces symptômes la constatation d'une certaine raideur et d'ensellure lombaire corrigeant la flexion, et cet ensemble justifie assez le diagnostic de coxalgie. C'est ainsi que ce diagnostic avait été posé et discuté dans les observations de phleg-

mon iliaque post-puerpéral tardif de M. Besson, (*loco citato*), et que nous avons vu le même fait se produire dans une de nos observations (Observation I). En réalité, à un examen approfondi, l'erreur ne peut être de longue durée. On s'aperçoit en effet que la raideur n'est qu'apparente, que les mouvements, en procédant doucement, sont possibles, sans entraîner aucunement le bassin et que seule l'extension reste limitée par la douleur qu'elle produit. Le siège de la douleur provoquée n'est pas celui de la coxalgie.

Enfin la marche a été trop rapide et l'attitude vicieuse qui est celle d'une coxalgie avancée n'aurait pu se constituer ainsi en peu de semaines ou de jours. L'évolution vient d'ailleurs éclairer le diagnostic par la constatation d'une tuméfaction qui grossit rapidement dans la fosse iliaque. Cette tuméfaction pourrait alors être prise pour un *abcès froid* et comme la coxalgie ne donne guère lieu, surtout à son extrême début, à des abcès iliaques, on serait conduit à éliminer l'*abcès par congestion* ou mal de Pott devant la trop grande rapidité d'évolution, et l'absence complète de commémoratifs et de tout symptôme du côté de la colonne vertébrale. Il faut toujours penser, en face d'une collection suppurée de la fosse iliaque, à la possibilité d'un *phlegmon périnéphrétique* ayant fusé par en bas : l'absence de tout commémoratif urinaire dans le passé du malade, l'examen de la région lombaire et la palpation bi-manuelle du rein écarteront facilement le diagnostic.

Enfin l'*ostéomyélite aiguë de l'os iliaque* évolue en général à grand fracas avec symptômes généraux graves, une douleur violente et des signes locaux assez accusés pour éveiller l'attention facilement.

D'ailleurs dans tous les cas où le diagnostic serait resté hésitant, les incertitudes cesseront à l'intervention devant les caractères anatomiques fournis par l'exploration de la cavité.

Le traitement de l'adéno-phlegmon doit être le plus simple possible. Nous ne parlerons pas du *traitement prophylactique*, il est inutile à ce point de vue d'insister sur l'asepsie et l'antisepsie dans toutes les plaies périphériques et dans l'état puerpéral. Lorsque l'adéno-phlegmon est constitué, les grands pansements humides chauds fréquemment renouvelés constituent le meilleur traitement résolutif. Il peut d'ailleurs réussir complètement, mais il convient de ne pas trop attendre et dès qu'on peut penser qu'il existe du pus collecté, sans attendre la fluctuation, il faut intervenir pour inciser et drainer la collection. L'anesthésie générale nous paraît préférable à l'anesthésie locale à la cocaïne. L'incision sera celle de la ligature des vaisseaux iliaques (incision de A. Cooper), c'est-à-dire, incision de 8 cent. environ parallèle à l'arcade crurale à 1 ou 2 cent. au-dessus d'elle, un peu plus interne ou externe, suivant les indications fournies par les limites de la tuméfaction. On incisera au bistouri les plans superficiels et l'aponévrose du grand oblique ; puis la sonde cannelée désincisera de dedans en dehors les muscles petit oblique et transverse et effondrera le fascia transversalis pour donner issue au pus qui se trouve immédiatement derrière. La collection sera évacuée le plus complètement possible et bien détergée avec des compresses ou des tampons montés. Nous pensons qu'il est inutile de faire de grands lavages.

Quant *au drainage*, le plus simple sera le meilleur,

un ou deux tubes mous, souples, l'assureront parfaitement ; il faut veiller à ne pas mettre au contact des vaisseaux des drains gros et rigides, ni surtout munis d'orifices ou de trous latéraux pratiqués extemporanément et dont les bords tranchants peuvent être offensants pour les vaisseaux. Ce point est très important pour réduire au minimum les chances d'ulcération vasculaire. Au besoin, si l'un des drains doit passer sur les vaisseaux pour atteindre le fond de la cavité, il sera bon de l'entourer de gaze molle.

Le drainage lombaire ne devra être employé qu'à titre de grande exception pour une collection remontant très haut. Il n'y a pas lieu d'employer la trépanation de l'os iliaque préconisée par Gangolphe et Condamin pour les suppurations ayant envahi la gaîne iliaque.

Si l'infection paraît assez grave pour faire craindre la septicémie, on mettra en œuvre tous les moyens usuels de traitement général.

Les suites opératoires sont des plus simples. Le pansement sera renouvelé chaque jour sans lavages à moins de rétention indiquée par l'ascension thermique et la cavité se comblant rapidement, on devra bientôt raccourcir, puis supprimer les drains. Si la flexion de la cuisse persistait, ce qui est rare, il faut employer l'extension continue avec les poids qui, très rapidement, amènera le membre à la rectitude.

La guérison complète est ainsi obtenue facilement en général au bout de deux à trois semaines, parfois même plus rapidement.

OBSERVATIONS

Observation I (Personnelle et inédite).

L'enfant Sal..., Roger, âgé de 4 ans 1/2, entre à l'hôpital Trousseau dans le service de notre maître, le docteur Savariaud, le 12 juillet 1909.

Antécédents héréditaires et personnels. — Rien à noter.

L'enfant a été vu assez rapidement à la consultation de l'hôpital où il était amené pour douleurs de la hanche gauche et boiterie depuis environ 15 jours ou 3 semaines. A ce moment, l'attitude de flexion prononcée de la cuisse avec adduction et rotation interne fit immédiatement penser à une coxalgie ; les mouvements de la cuisse paraissaient très limités et douloureux, il y avait raccourcissement apparent avec élévation de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; il existait de la douleur dans la région du pli de l'aine. Mais l'examen resta incomplet, le diagnostic paraissant évident, bien que la rapidité d'apparition et l'intensité de l'attitude vicieuse eussent dû attirer l'attention. Il ne présentait aucune trace de plaie récente ou ancienne sur le membre correspondant, et il n'y avait pas de ganglions dans le triangle de Scarpa.

L'enfant entre à l'hôpital ; le diagnostic de coxalgie est accepté dans le service et l'enfant est mis à l'extension continue pour corriger l'attitude vicieuse avant l'application d'un plâtre ; la température resta au voisinage de la normale.

L'extension amena en effet rapidement l'allongement de la cuisse ; mais au bout de quelques jours, on fut très surpris, en examinant l'enfant à nouveau, de trouver au-dessus du pli de l'aine un abcès volumineux, fluctuant, paraissant sous la peau mais emplissant la

fosse iliaque interne. Bien que la peau ne fut pas rouge ni œdématiée et que la température ne fut pas élevée, la rapidité avec laquelle cette collection était apparue pouvait difficilement être mise sur le compte d'un abcès froid d'origine coxalgique dont la situation iliaque eut été déjà très anormale. L'examen montra de plus les mouvements de la hanche plus libres qu'ils ne l'étaient ou ne l'avaient paru lors du premier examen. On pensa donc à une collection chaude sous-péritonéale ayant évolué d'une façon subaiguë. L'origine de cette suppuration parut alors très difficile à préciser ; on pensa à une ostéomyélite subaiguë de l'os iliaque à point de départ acétabulaire ? On prit cependant le parti d'intervenir.

19 *juillet*. — Intervention qui nous est confiée par notre maître.

Incision des plans superficiels qui donne immédiatement issue à une grande quantité de pus s'étant fait jour à travers la paroi abdominale au-dessus de l'arcade crurale : pus franc, jaune verdâtre, bien lié, sans odeur (l'examen bactériologique y montra la présence du staphylocoque). La cavité était entre le péritoine et le fascia iliaca, mais s'enfonçait très profondément à bout de doigt jusqu'au voisinage de la symphyse sacro-iliaque. Elle était régulière et nulle part on arrivait sur un point osseux dénudé. Lavage et drainage.

Les suites furent très simples, et la guérison survint avec une grande rapidité, puisque malgré les grandes dimensions de cette cavité suppurée, l'enfant sortit complètement guéri, les mouvements de la cuisse parfaitement libres et normaux, le 12 août, c'est-à-dire 3 semaines après l'intervention.

L'enfant a été revu depuis et la guérison s'est maintenue complète.

Le diagnostic était resté imprécis au moment de l'intervention (nous n'avions pas encore vu d'adéno-phlegmons iliaques), mais celui qui fut un moment proposé d'ostéomyélite de l'os iliaque était manifestement à rejeter. Il nous paraît certain aujourd'hui que cette collection était d'origine ganglionnaire et nous donnons cette observation comme un exemple des incertitudes et même des erreurs de diagnostic auxquelles cette affection peut conduire.

Obs. II (Personnelle et inédite).

Ida Bar.. , âgée de 6 ans 1/2, entre le 11 avril 1910 à l'hôpital Trousseau, dans le service de notre maître, le docteur Savariaud, pour des accidents aigus douloureux dans la fosse iliaque gauche.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, la mère a eu 21 grossesses dont 5 fausses couches, 9 enfants sont morts en bas-âges d'accidents divers, surtout digestifs, car ils ont été tous élevés au biberon ; 7 sont vivants et bien portants. Notre petite malade est la dernière.

Antécédents personnels. – L'enfant, habituellement bien portante, n'a eu que la rougeole à 13 mois.

Maladie actuelle. — Vers le 10 avril, l'enfant a été écorchée au talon par sa chaussure neuve. L'écorchure guérit. Huit jours après elle remet les mêmes chaussures et écorche à nouveau son talon gauche. Aucun pansement ne fut appliqué, pas de soins du tout. Dans la semaine, l'enfant aurait eu quelques douleurs dans l'aine, mais pas de rougeur ni de gonflement. Le 1er avril, l'enfant se plaint du ventre et est amenée à la consultation. La plaie du talon était en voie de cicatrisation, mais on voulut la panser, et la mère (étrangère) ne comprenant pas qu'on voulut soigner le talon, alors que l'enfant souffrait du ventre, emporta l'enfant sans qu'on pût l'examiner plus complètement.

Elle revint à la consultation le 21 avril, l'enfant avait continué à souffrir du ventre, avait dû rester couchée, ne pouvant marcher, et présentait dans la fosse iliaque gauche un volumineux empâtement très douloureux. L'enfant est admise immédiatement à l'hôpital.

Examen. La plaie de la région rétrocalcanéenne gauche est presque complètement cicatrisée ; pas de traces de lymphangite, rien dans le triangle de Scarpa.

La cuisse est en 1/2 flexion sur le bassin, avec adduction légère et rotation interne très légère. Les mouvements de la cuisse sont possibles lorsqu'on les pratique doucement et l'on sent que la

hanche est manifestement libre. Cependant l'extension est légèrement douloureuse.

Dans la région de la fosse iliaque interne, la peau semble très légèrement œdématiée, et à peine rosée. La palpation réveille dans toute l'étendue de la fosse des douleurs vives, et l'on sent profondément un empâtement, une tuméfaction assez dure, collée à l'arcade et limitée en haut par une ligne courbe assez nette et régulière, atteignant et dépassant même l'horizontale, passant par l'épine iliaque supérieure et antérieure. La tuméfaction pointe vers l'ombilic et emplit toute la fosse iliaque. Pas de fluctuation. Partout ailleurs, le ventre est souple et non douloureux. Au toucher rectal on sent à bout de doigt la tuméfaction qui paraît appliquée sur la paroi, surplombe un peu le détroit supérieur, mais n'empiète pas du tout dans le pelvis.

Pas de vomissements, constipation légère, langue un peu saburrale. Temp. 38°2 ; Pouls : 100.

Traitement, grand pansement humide et extension continue.

12 *avril*. — Même état, l'extension a allongé un peu la jambe. Temp. 38°.

13. — Intervention. Anesthésie générale. Sous chloroforme on sent nettement une fluctuation profonde. Incision au-dessus de et parallèle à l'arcade crurale, longue d'environ 6 à 8 cent. Dans le tissu cellulaire légèrement infiltré, on trouve deux ganglions sus-inguinaux, manifestement enflammés. L'incision de la paroi donne issue à quelques centaines de grammes de pus épais, jaune verdâtre et bien lié, sans odeur ; le doigt pénètre dans la cavité et l'explore ainsi : elle est située entre le péritoine et le fascia iliaca, elle s'étend d'une part au-devant du muscle iliaque jusqu'au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; d'autre part elle pousse un prolongement plus profond un peu au-devant des vaisseaux iliaques externes par dessus les vaisseaux épigastriques qu'on sent comme une bride circulaire à concavité supérieure, débordant légèrement le détroit supérieur sur la fosse interne du psoas. En somme, la collection est à cheval sur les vaisseaux iliaques externes. La poche est assez régulière et le doigt s'y promène librement. Pas de lavage. Deux drains. Pansement.

Le soir même la température tombe à 37°2. Etat très bon.

14. — Pansement, suintement purulent assez abondant, temp. 38°.

15. — La température est remontée à 39°. Pansement et lavage à l'eau oxygénée.

16. — Température retombe à 37°. Etat général très bon. La guérison rapide ne fait pas de doute.

Obs. III (Personnelle et inédite).

Yvonne Cor..., âgée de 14 ans, entre à l'hôpital pour une douleur aiguë au niveau de la hanche gauche et boiterie du même côté.

A. H. — La mère est bien portante, ne tousse pas, père éthylique. Les 3 autres enfants sont en bonne santé.

A. P. — A marché à 13 mois, nourrie au sein. Réglée en juin 1908, pas de maladies antérieures.

Maladie actuelle. — Vers le 8 janvier, apparition au niveau du talon gauche, au-dessous et en arrière de la malléole externe, d'un abcès qui fut incisé vers le 8 janvier dans un dispensaire et donna issue à une grande quantité de pus. La malade allait bien, ne boitait pas quand subitement, dans la nuit de jeudi à vendredi dernier 28 janvier, elle fut prise d'une violente douleur au niveau du pli de l'aine gauche. Insomnie et fièvre. Le vendredi elle se lève mais éprouve de violentes douleurs à la marche et boite fortement ; samedi, dimanche et hier lundi, elle est obligée de rester couchée ; les douleurs la réveillent la nuit ; enfin elle vient consulter à Trousseau.

Examen, 1er février 1910. — Temp. 38°4. Pouls : 90 ; amaigrissement léger, fatigue générale.

Au-dessous et en arrière de la malléole gauche, on voit des traces de l'abcès incisé presque complètement guéri.

La cuisse est en flexion sur le bassin à 45° environ avec adduction et rotation interne légère. L'extension de la cuisse sur le bassin est impossible, la flexion, au contraire, se fait facilement et complètement ; l'abduction est très possible et complète. L'enfant marche difficilement et avec une boiterie très accentuée comme dans une

coxalgie avancée et douloureuse, avec un raccourcissement apparent très marqué dû à la flexion de la cuisse. Au niveau de la fosse iliaque gauche, en dehors et au devant de l'artère iliaque, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale, on sent une tuméfaction empâtée, douloureuse à la pression, mamelonnée, formant un plastron de 4 cent. de haut avec sensation de rénitence profonde.

Pas de douleur au niveau des surfaces osseuses, de la tête fémorale en particulier. Pas d'amaigrissement du membre inférieur gauche. Rien dans le triangle de Scarpa.

Diagnostic : Adéno-phlegmon de la fosse iliaque gauche.

2 *février* 1910, opération (Dr Savariaud). — Incision cutanée comme pour lier l'artère iliaque externe (un peu plus externe cependant).

Incision de l'aponévrose du grand oblique, désinsertion des muscles sur l'arcade, décollement du péritoine : pas de pus. En suivant les vaisseaux circonflexes iliaques qu'on aperçoit par transparence au-dessous du fascia iliaca, on arrive à l'artère iliaque externe : toujours pas de pus. Cherchant alors dans le tissu cellulaire sous-péritonéal on ramène un, puis deux ganglions lymphatiques très *augmentés* de volume et *manifestement enflammés*. On reconstitue alors les plans musculo-aponévrotiques en laissant le passage d'un petit drain.

4. — Pansement, suintement séro-purulent, température 38°, on laisse le drain, la cuisse s'est allongée presque complètement, et les douleurs ont presque disparu.

6. — Suppuration franche, venant directement de la région de l'artère iliaque.

A partir de ce moment, la suppuration persiste avec une température très irrégulière due certainement au très mauvais drainage par un trajet étroit, irrégulier, avec un drain trop court et trop petit. A différentes reprises on se proposa de réintervenir pour rétablir un drainage régulier avec une incision suffisante, mais chaque fois la température baissant à la normale, on remit l'intervention. Pendant ce temps la flexion de la cuisse avait reparu plus accentuée même qu'au début, et surtout avec une liaison presque complète des mouvements de la cuisse et du bassin, en sorte que

le diagnostic établi d'une façon ferme au début, redevint hésitant et qu'on douta de l'intégrité de l'articulation de la hanche et de la nature inflammatoire simple de cette adénopathie, d'autant plus que l'état général commençait à se ressentir de cette suppuration prolongée. Cet état se prolongea avec incertitude jusqu'au 30 mars. A ce moment on décide d'appliquer *l'extension continue*. Or, très rapidement, sous l'influence de l'extension, la suppuration diminua et disparut, la température redevint complètement normale et la flexion de la cuisse disparut complètement. Actuellement (15 avril), l'extension a été enlevée, les mouvements de la cuisse sont redevenus parfaitement normaux et la plaie est presque complètement cicatrisée. Nous sommes donc revenus à notre premier diagnostic, en pensant qu'il s'agissait bien d'une adénite iliaque simple, mais non encore suppurée. L'intervention a été pratiquée trop tôt alors qu'on croyait le pus collecté et vraisemblablement, cette adénite eut pu guérir plus simplement par un traitement non sanglant.

L'examen histologique des ganglions enlevés a été faite, il a montré qu'il existait une inflammation aiguë simple.

L'enfant est sortie peu de temps après *complètement guérie*.

Obs. IV (Personnelle et inédite).

Marie Z..., âgée de 4 ans, entre à l'hôpital Trousseau, le 24 avril 1910, dans un *service de médecine*, pour des accidents douloureux abdominaux, pour lesquels on a parlé *d'appendicite*. Elle est transférée en chirurgie le soir même, après qu'on eût constaté une grosse tuméfaction d'apparence phlegmoneuse dans la fosse iliaque gauche, mais sans diagnostic précis sur l'origine et la nature de cette collection.

A. H.-O. — *A. P.* Rougeole à 2 ans, élevée au sein et au biberon, n'a jamais été malade. Il y a 6 semaines, l'enfant a eu une écorchure derrière le talon, qui est aujourd'hui complètement cicatrisée, mais on en voit encore nettement les traces. Depuis un mois, c'est-à-dire quinze jours après l'écorchure, elle a commencé à souffrir du ventre, et à tirer la jambe en marchant. Ces accidents

se sont surtout accentués depuis quinze jours, la cuisse s'est fléchie, l'enfant ne pouvait plus marcher et « une grosseur est apparue au côté du ventre ». Il n'y a jamais eu de vomissement. Constipation légère, pas de toux.

A l'entrée dans le service de chirurgie, la température, la veille à 39°, est tombée à 37°. La cuisse est fléchie sur l'abdomen, avec adduction et rotation interne très légères, mais les mouvements en sont assez libres, l'extension est un peu douloureuse. Il n'y a absolument rien dans le triangle de Scarpa. La fosse iliaque gauche, au contraire, est remplie par une tuméfaction qui fait même une saillie visible. Collée à l'arcade, elle atteint la ligne médiane et l'ombilic en dedans, et dépasse l'épine iliaque antérieure et supérieure en dehors; très douloureuse à la palpation, elle est rénitente, cependant la fluctuation est évidente au point le plus saillant au-dessus et en dehors du milieu de l'arcade crurale. Le toucher rectal montre que la tuméfaction n'envahit pas la cavité pelvienne, mais en la surplombant déborde le détroit supérieur. Le diagnostic d'adéno-phlegmon iliaque est évident.

28 *avril*. — Intervention : Anesthésie générale au chloroforme.

Nous incisions au-dessus de l'arcade crurale et parallèlement à elle, les plans superficiels et l'aponévrose du grand oblique. Presque immédiatement au-dessous d'elle le pus, qui a commencé à s'infiltrer au travers de la paroi, sourd, la sonde cannelée agrandit largement l'orifice, et évacue environ 3 à 400 gr. de pus épais, verdâtre et sans odeur.

La cavité est située au-dessus du fascia iliaca en avant des vaisseaux, et semble polylobulée. Drainage avec deux drains souples. Pas de lavage, pansement.

Les suites furent des plus simples. La température resta normale, la cuisse s'étendit complètement, la cavité se comble rapidement et actuellement la malade va aussi bien que possible, la guérison rapide ne peut faire de doute.

Obs. V (due à M. le médecin-major Dejouany, qui a eu l'extrême obligeance de bien vouloir nous la confier avant la publication qu'il en doit faire à la *Société de médecine militaire française*).

Maurice B..., étudiant en droit, jeune soldat de 21 ans, ne présente aucun antécédent personnel digne de remarque ; depuis le commencement de décembre 1909, il avait de fréquentes excoriations des deux pieds, surtout à gauche. Fin janvier 1910, le malade ressentit d'abord dans la région de l'aine gauche une certaine lourdeur, puis des douleurs nettement caractérisées. Faibles au début, elles devinrent pongitives, s'exaspérant par la marche et par la toux. Cet état dura une huitaine de jours. Le 5 février, déjà surmené et après une marche d'une dizaine de kilomètres, B , quoique malade, partit dans sa famille en permission de 24 heures, il dût s'aliter à son arrivée avec 39° de température. Le dimanche 6, un confrère civil appelé fait le diagnostic d'adénite, ordonne des onctions mercurielles, un purgatif et une potion calmante.

Le 7, B... de retour au corps, toujours souffrant de l'aine gauche est mis d'abord en observation à l'infirmerie, puis envoyé à l'hôpital Bégin, le 10 février.

A son entrée à l'hôpital, B... présente un état général assez bon, malgré l'élévation thermique qui atteint 38° le matin et 39° le soir.

Le malade se plaint d'une extrême lassitude et d'une insomnie pénible. La région inguino-abdominale gauche est alourdie : la douleur n'apparaît qu'à l'occasion de la toux, d'un effort et à la fin de la miction. L'examen révèle aussitôt l'existence dans la région inguino-abdominale gauche d'une tuméfaction qui fait au-dessus du pli de l'aine une saillie perceptible à la vue. La palpation permet de délimiter un gros gâteau ovalaire allongé parallèlement à et au-dessus de l'arcade de Fallope. La tumeur s'étend surtout dans les 2/3 internes de la région de la ligne blanche jusqu'à deux doigts de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche ; sa largeur est de trois travers de doigts environ. Pas de fluctuation, mais de la rénitence ; la palpation, tout en étant sensible, ne provoque pas cependant de très vives douleurs. Percussion mate.

Le pied gauche présente à la partie externe de la région calcanéenne une plaie superficielle du diamètre d'une pièce de 1 franc : cette plaie, qui est en période de réparation, ne suppure pas, mais elle est ancienne, et le malade nous apprend que depuis plus de 2 mois il n'a pour ainsi dire pas cessé d'être « écorché ». Le reste du membre pelvien gauche est absolument indemne. Au cours d'un examen très précis, je n'ai pu constater ni lymphangite superficielle, ni engorgement ganglionnaire ; le creux poplité, le triangle de Scarpa, les téguments du membre inférieur ont été palpés, fouillés sans qu'il ait été possible de retrouver en un point un arrêt de l'infection.

Le pied droit présentait également deux plaies superficielles, une au niveau du gros orteil, l'autre au point d'insertion calcanéen du tendon d'Achille ; la région inguino-abdominale droite était absolument libre.

Il convient d'ajouter que le malade n'a jamais présenté aucun trouble intestinal : les selles étaient et sont restées normales. Le toucher rectal pratiqué ne décela aucune inflammation rectale ou péri-rectale.

L'intervention eut lieu le 12 février 1910 sous chloroforme. Incision de 6 cent. parallèlement à l'arcade crurale, et à deux doigts au-dessus d'elle ; le milieu de l'incision correspondant au milieu de la ligne ilio-pubienne. Section de l'aponévrose du grand oblique, désinsertion du petit oblique, le fascia transversalis effondré, 200 gr. environ de pus fétide et rougeâtre s'écoulent au dehors. L'exploration de la cavité ne décèle pas de trajet profond, les parois semblent être formées d'une coque résistante, donnant l'impression tactile d'une masse ganglionnaire. Drainage large, sans lavage. Pansement. L'état général du malade s'améliore rapidement, la température est tout à fait normale dès le 3e jour. Au bout de 2 semaines, les drains sont supprimés. B... sort complètement guéri fin mars 1910.

L'examen bactériologique a montré que le pus contenait du staphylocoque pur.

Obs. VI (Inédite, due à l'obligeance de M. le Dr Aug. Broca (1).

Marcel Four..., 4 ans 1/2, entre à l'hôpital Trousseau, salle Legendre, le 18 août 1900.

A. H. — Pas d'antécédents héréditaires connus.

A. P. — Né à terme, nourri au biberon, sevré à 18 mois.

A marché à 12 mois. N'a jamais été malade.

Maladie actuelle. — A la suite d'une *varicelle* que l'enfant a eu il y a 15 jours, il a commencé à se plaindre *de douleurs dans la fosse iliaque gauche.* Actuellement il ne peut appuyer sur sa jambe gauche. Il a beaucoup maigri depuis 15 jours, n'a pas d'appétit; temp. : 38°. Langue blanche, sèche. Les *mouvements des articulations ne sont pas douloureux*, pas de déformation ni de douleur au niveau de la colonne vertébrale.

A la palpation, dans la fosse iliaque gauche, on constate la présence d'une *collection fluctuante.* La pression au-dessus de l'arcade de Fallope est douloureuse. Pas de douleur spontanée.

22 *août.* — Ouverture d'abcès chaud de la fosse iliaque (partie externe). Drainage.

Pansements réguliers en août et septembre.

20 *septembre.* — Sortie en bon état général. Plaie cicatrisée.

Obs. VII (Inédite, due à l'obligeance de M. le Dr Aug. Broca).

Roch.,., André, 4 ans 1/2. Entré à l'hôpital Trousseau le 17 septembre 1897.

Depuis 3 semaines l'enfant boitait, ne pouvant indiquer où il souffrait. Depuis 8 jours seulement il se plaint de *douleur nettement localisée à la fosse iliaque gauche.* Il y a 5 jours seulement qu'une tuméfaction a été constatée; appétit disparu depuis le début; fièvre.

(1) Nous remercions ici très vivement le docteur Broca pour l'amabilité avec laquelle il a bien voulu nous confier cette observation et les suivantes.

La cuisse est fléchie sur le bassin à angle droit, il est impossible de la ramener à l'extension sans une très vive douleur. *Engorgement léger des ganglions de l'aine.* Vaste tuméfaction de la paroi abdominale gauche au niveau de la fosse iliaque ; vrai plastron à convexité supéro-interne, s'étend jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic sur une ligne oblique de l'épine pubienne, au rebord costal sur la ligne axillaire. Rougeur de la peau, œdème des téguments. *Pas d'excoriation sur le membre inférieur.* Pas de troubles digestifs.

Opération le 17 septembre. — Incision de la paroi parallèle à l'arcade crurale, tout contre l'arcade un coup de sonde cannelée ouvre la poche. Il s'écoule du pus plein un verre à liqueur, non fétide, assez fluide, avec grumeaux. Le doigt agrandit l'incision et arrive *dans une poche bien circonscrite et sous-péritonéale.*

Depuis l'intervention, la température est restée à peu près normale.

28 *septembre.* — La plaie ne suppure presque plus. Pansement sec.

6 octobre. — Sort presque guéri (petite plaie bourgeonnante).

La cuisse est bien allongée.

Obs. VIII (Inédite, due à l'obligeance de M. le Dr Aug. Broca).

Gail..., Eugène, 7 ans, entre le 26 octobre 1895 à l'hôpital Trousseau, salle Denonvillers.

A. H. — Nuls, 2 autres enfants bien portants.

A. P. — Né à terme, élevé au sein, sevré à 14 mois. Envoyé en nourrice à la campagne à cause de son tempérament délicat. Depuis 2 ans environ, l'enfant se plaignait de mal aux jambes, il y a 2 ou 3 semaines, il fut obligé de s'aliter, ne voyant aucune amélioration les parents amènent l'enfant à l'hôpital le 26 octobre.

Etat actuel. — L'enfant présente au dessous de l'épine iliaque gauche une volumineuse collection qui bombe dans la fosse iliaque. Douleur à la pression. Fluctuation. Attitude de psoïtis : *demi flexion de la cuisse sur le bassin.* On constate une *petite écorchure au niveau du tendon d'Achille.* Pas d'albumine dans les urines. Température 38°2.

26 *octobre*. Incision latérale, à gauche, de la fosse iliaque, issue de pus phlegmoneux très abondant.

Pose d'un gros drain qui remonte jusque dans la région lombaire, d'un second drain qui plonge dans la fosse iliaque.

10 *novembre*. La suppuration étant de beaucoup diminuée, le drain communiquant avec la région lombaire fut enlevé et la cavité fut remplie avec de la gaze iodoformée.

2 *décembre*, le drain communique avec la fosse iliaque est enlevé et la suppuration est de beauconp diminuée. Pansement avec des mèches de gaze iodoformée.

Les plaies ne présentant plus de suppuration, on retire les mèches et le pansement se fait par simple application de la gaze iodoformée.

L'enfant a présenté pendant 8 à 10 jours, du 2 au 12 novembre, un aspect ictérique assez prononcé, sans changement de volume du foie et sans douleur. Les urines sont très colorées et troubles. Pas d'albumine. La température est restée tout le temps voisine de la normale.

23 *décembre*. L'enfant bien portant présente une cicatrice latérale de 5 à 6 cent. dans la région iliaque gauche ; aucune douleur, les mouvements de la jambe gauche n'ont subi aucune altération.

L'enfant est complètement guéri. Pansement sec au salol.

Obs. IX (Inédite, due à l'obligeance de M. le Dr Aug. Broca).

Gr., Raymond, 13 ans, entré à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Molland, le 22 mars 1906.

A. H. — Père bien portant, mère morte en couches il y a 3 ans, 3 frères bien portants.

1 frère mort de broncho-pneumonie à 2 ans.

A. P. — Né à terme, élevé au sein par la mère, marche à 20 mois. Il y a 3 ans phlegmon sous-mental, ayant duré 8 jours.

Il y a 15 jours l'enfant a commencé à ressentir des *douleurs dans la hanche gauche*. Il peut cependant encore marcher pendant une huitaine de jours après lesquels il doit s'aliter.

La cuisse s'est fléchie dès le début. Pas de traumatisme antérieur.

Etat actuel. — Etat général mauvais. Langue sale.

Cuisse en flexion à angle droit. Cette flexion peut être exagérée très facilement, mais lorsqu'on cherche à la corriger on ne peut y arriver, on a la sensation d'un obstacle osseux s'opposant au mouvement.

L'abduction et l'adduction sont normales. Pas d'atrophie musculaire.

Rien dans le creux poplité ni dans le triangle de Scarpa. La fosse iliaque gauche n'est pas modifiée à la vue. Pas de rougeur, pas de voussure, mais la palpation décèle une *masse empâtée*, irrégulière, douloureuse à la palpation, siégeant vers *le 1/3 externe de la fosse* et remontant en haut mais surtout en arrière dans le flanc gauche où elle se perd. On sent les battements de la fémorale un peu en dedans de la tumeur. Au toucher rectal on croit sentir à gauche un peu d'empâtement. Pas de douleurs osseuses. Fièvre. Température ?

24 *mars.* L'état général est le même, langue sale, l'enfant ne dort presque pas. Pouls : 96, régulier.

Dans la fosse iliaque gauche, tumeur dure, absolument mate, non fluctuante, remontant jusqu'au niveau de la crête iliaque, allongée, descendant jusque vers l'arcade de Fallope, son bord interne correspond à la moitié de la ligne unissant la ligne médiane à l'épine iliaque.

25. — Même état, mais la température s'est abaissée. A été purgé le 24, a été 3 fois à la selle assez abondamment, sans douleur. Pouls : 104. La tumeur a augmenté, elle envahit la presque totalité de la fosse iliaque. Fluctuation profonde.

Opération (M. Broca). — Incision iliaque. Issue d'un 1/2 litre de pus vert bien lié, inodore.

26. — La fièvre monte le soir à 39° 4 est retombée à 38°, la douleur a disparu. L'état général est amélioré. L'enfant a peu dormi cependant. Langue sale, un peu sèche. Pouls : 96, régulier. La plaie va bien, ne sent pas mauvais.

Sortie, le 30 avril 1906 en bon état.

Obs. X (Inédite, due à l'obligeance de M. Aug. Broca).

Den..., Edmée, 7 ans 1/2, entrée à l'hôpital des Enfants malades, salle Bilgrain, le 14 septembre 1909.

A. H. — Mère a eu une pleurésie.

Père bien portant.

Fils bien portant.

A. P. — Née à terme, nourrie au biberon pendant 6 mois, premiers pas à 20 mois, *rougeole il y a 3 mois.*

Maladie actuelle. Les parents ont remarqué que l'enfant *boite de la jambe gauche* depuis 10 jours, *elle plie son genou et ne peut pas l'étendre*, depuis trois semaines elle a de la fièvre tous les jours, a peu d'appétit, pas de troubles digestifs, ni vomissements, ni douleurs abdominales. Les parents viennent seulement consulter pour des troubles de la marche.

Examen : Grosse *tuméfaction de la fosse iliaque gauche* qui bombe au-dessus de l'arcade crurale. La racine de la cuisse est augmentée de volume. *La cuisse est fléchie, l'extension est impossible.*

On sent à l'exploration de la fosse iliaque *une collection nettement fluctuante.* La fluctuation se propage à la racine de la cuisse.

La pression de la paroi à ce niveau détermine de la défense musculaire, elle est un peu douloureuse.

Toucher rectal : Région appendiculaire non douloureuse. Bon état général. Langue saburrale. Constipation habituelle. Pouls à 102, température, 39° 5.

Opération, le 14 septembre (M. le Dr Capette). Incision au-dessus de l'arcade crurale et presque parallèlement à elle.

Ecoulement de pus très épais non fétide. Drainage.

La température descend à 37° dès le lendemain, et tout paraît devoir aller bien, malgré une élévation à 38°,6 le 19 septembre.

Dans la nuit du 21 au 22 septembre, *hémorrhagie foudroyante par ulcération de la veine iliaque externe.* Décédée à 5 heures du matin.

Obs. XI (Inédite, due à l'obligeance de M. le Dr Aug. Broca).

Sup..., Eugène, 13 ans, entré à l'hôpital Bichat, salle Jarjavay, n° 7, le 31 mai 1890.

A. H. — Nuls.

A. P. — Rougeole à 4 ans, vacciné dès l'enfance, en apprentissage depuis 6 mois.

Le 22 *avril*, subitement *douleurs dans l'aine gauche*, fièvre, on diagnostique hernie : bandage. Puis tumeur, abcès s'ouvrant sous l'arcade crurale dans le triangle de Scarpa.

Il y a 3 semaines rechute, jamais de vomissements, garde-robes régulières, depuis 2 jours diarrhée, pas de pus dans les selles. Bon appétit. Fièvre.

Souffre dans toute *la fosse iliaque gauche*, empâtement profond, œdème de la paroi. *Cuisse fléchie, extension impossible.*

Opération le 4 juin (M. Broca). Chloroforme. *Incision* comme *pour la ligature de l'iliaque externe.*

Issue du pus. Siège ? Origine ?

Pus contient du *staphylocoque doré.*

Drain et tamponnement à la gaze iodoformée. La fièvre cesse et la température reste désormais entre 37 et 37° 5. *La cuisse s'étend.*

15 *juin.* On enlève le drain.

1er *juillet.* Plaie tout à fait superficielle.

10. — Exeat. Cicatrisation complète.

Obs. XII (Inédite, due à l'obligeance de M. le Dr Aug. Broca).

Van Hemeb..., 10 ans, entre à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, le 13 février 1895 ?

A. H. — Père et mère bien portants.

1 frère et 2 sœurs en bonne santé.

1 frère et 2 sœurs morts en bas âge.

A. P. — N'a jamais été malade.

Etat actuel. — Grosseur à la partie supérieure et antérieure de la cuisse droite. *Ecorchures au talon.*

Le 13, incision (faite trop haut cul de sac en bas). Drainage. A partir du 20 février, la température qui était jusque là à peu près normale, remonte et oscille entre 38°5 et 37°, puis apparition dans le bas ventre d'une grosseur siégeant à droite et s'étendant du pli de l'aine, comprenant toute cette région *au-dessus de l'arcade crurale dans la fosse iliaque droite*. Diagnostic : adéno-phlegmon de la fosse ili aque. La température est retombée à 37° 2.

Le 27, incision au-dessous de l'arcade de Fallope, il sort du pus, visqueux, pas très liquide, on agrandit par en bas l'incision crurale, et on curette la 1re poche purulente.

Le 19 *mars*, l'enfant sort complètement guérie, cicatrisation parfaite.

Obs. XIII (Inédite, due à l'obligeance de M. le Dr Aug. Broca).

Adéno-phlegmon inguino-iliaque? — Ostéomyélite de la hanche avec adénite iliaque.

Vacq..., Henri, 9 mois, entré le 13 avril 1905 à l'hôpital des Enfants-Malades.

A. H. — Parents en bonne santé, 1 enfant mort à 20 mois de convulsions. Pas de fausse couche.

A. P. — Né à terme, accouchement normal, nourri au biberon, en nourrice à la campagne.

1re dent il y a 2 mois, aujourd'hui a 2 dents.

Diarrhée verte au mois d'août, qui a duré une huitaine de jours. Pas d'autre maladie. Enfant d'ordinaire constipé.

Maladie actuelle. — Remonte à environ un mois. Fièvre au début et apparition de petites tumeurs au pli de l'aine. Douleurs très intenses au niveau de la partie supérieure de la cuisse. Le médecin a d'abord parlé de névralgies puis a pensé à un abcès et devait l'inciser. Depuis cette époque, la tumeur n'a fait qu'augmenter et c'est dans cet état que l'enfant est amené à l'hôpital, il a été vu à Levallois-Perret par M. Quénu qui l'a envoyé à l'hôpital des Enfants-Malades.

Examen : On constate la présence d'une tumeur siégeant au

niveau du pli de l'aine droite mais semblant être *au-dessus du pli génito-crural* (à ce niveau cuisse œdémateuse, blanche) adhérente à la peau, s'étendant légèrement au-dessus du pubis, avec légère veinosités à la surface. Toute la région est dure, tuméfiée, mais il ne s'agit de tuméfaction rouge phlegmoneuse. La racine de la cuisse est également gonflée, mais pas de fluctuation nette, de même au niveau de la tumeur elle même. Dans la fosse iliaque sensation d'empâtement *due probablement à des ganglions hypertrophiés.* La hanche est normale, mouvements normaux et non douloureux.

Dos, rien de particulier. Jambe légèrement œdémateuse sans présence de godet. A gauche, pas d'œdème. Toucher rectal, rien.

Opération. Incision sur partie saillante de tumeur, parallèle à l'arcade crurale. Issue en grande abondance de pus fluide, jaunâtre.

Poche très profonde s'élevant en arrière et du côté externe du côté de l'articulation de la hanche, avec point osseux dénudé.

On fait une contre-ouverture sur la partie externe de la cuisse, 2 gros drains passant par les incisions.

Pansement renouvelé chaque jour.

Température élevée. Plaie grisâtre, pus à odeur infecte. Eau oxygénée en lavages.

30 *avril.* Enfant pâle, température 38° 2, la plaie n'ayant aucune tendance à se cicatriser, on laisse un drain. On continue les lavages à l'eau oxygénée.

Du 1er au 15 *mai*, l'enfant a paru aller bien, la plaie bien drainée se cicatrise. Bon état général, odeur beaucoup moindre, puis sans rien de nouveau localement, la fièvre reparaît, état général mauvais, pâleur. A la fin, phénomènes de méningite.

Décès, le 21 mai 1905.

Obs. XIV (Dr Savariaud, *Société de Pédiatrie de Paris*, 18 janv. 1901)

Fillette de 6 ans, ayant eu la varicelle il y a un mois. Elle présente actuellement sur le côté gauche du tronc et sur le membre inférieur correspondant une dizaine de macules en cocarde. L'une d'elles au niveau du flanc est crouteuse, et je la soupçonne

d'être le *point de départ de l'infection*, il y en a une également au niveau de la tubérosité antérieure du tibia. Au côté opposé, il n'y en a aucune sur le tronc ni sur le membre inférieur.

Les premiers signes de phlegmon de la fosse iliaque remontent à une dizaine de jours. A cette époque l'enfant ressentit une douleur dans l'aine gauche. Elle se mit à boiter puis se mit au lit. *A aucun moment il n'y eut d'adénopathie inguino-crurale.* Il y a quelques jours, la cuisse s'est fléchie sur le bassin et l'enfant se couche de préférence sur le côté sain.

A la consultation, nous constatons l'existence d'une grosse collection iliaque faisant une saillie très visible au-dessus de l'arcade, très douloureuse à la pression. Comme la température est de 39°, on reçoit immédiatement l'enfant. Le soir la température monte à 39°6. Le lendemain elle n'est plus que de 37°8 et l'enfant a passé une bonne nuit. Néanmoins on procède à l'opération sans plus attendre.

La petite malade étant sur la table d'opération, on note l'aspect de la région qui est le suivant : volumineuse tuméfaction de la fosse iliaque gauche, cuisse fléchie à 45°, possibilité de porter la cuisse en dehors presque aussi bien que du côté sain. On peut exagérer un peu la flexion, mais on est vite arrêté par la douleur. Toutefois la facilité de l'abduction montre que l'articulation de la hanche est saine.

Sous chloroforme, la cuisse s'allonge un peu et la tuméfaction bombe davantage. Incision de 4 cent. parallèle à la moitié externe de l'arcade crurale et à quelques centimètres au-dessus. Le pus est presque sous la peau, car il a perforé l'aponévrose du grand oblique. Ce pus est aspiré dans deux pipettes (L'examen fait par M. Ribadeau Dumas, a montré du staphylocoque. L'orifice par où sort le pus se trouve en dehors des vaisseaux iliaques, il est débridé et il s'en écoule alors un demi-verre de pus louable, très crémeux, jaune verdâtre, sans odeur. Rien par conséquent qui rappelle l'origine intestinale. Les lèvres de la plaie étant écartées, on évacue successivement deux autres collections en contact avec la première, mais ne paraissant point communiquer avec elle. Ces collections sont situées au niveau des vaisseaux

iliaques. La cavité de l'abcès est explorée de la façon suivante : une pince courbe s'enfonce de 7 à 8 cent. dans la profondeur, c'est-à-dire vers le promontoire ; il y a un petit diverticule derrière la paroi abdominale qui file en haut et en dehors. Les parois de l'abcès sont tomenteuses, rougeâtres et donnent l'impression de coques ganglionnaires vides. En somme l'opération confirme de tous points le diagnostic d'adénite suppurée de la fosse iliaque. En réalité on a ouvert non pas un, mais trois abcès ganglionnaires.

Les suites ont été des plus simples. La température toutefois est montée encore le soir même à 39°, mais elle n'a pas tardé à redescendre définitivement cette fois. La cuisse s'est défléchie très rapidement et actuellement, un mois après cette opération, cette enfant est complètement guérie, la hanche est aussi souple que du côté opposé, ce qui prouve que la flexion permanente de la cuisse était due à une simple contracture réflexe. Les traces de son éruption sont encore des plus manifestes.

Obs. XV (Dr Savariaud, *Presse médicale,* n° 18, 8 mars 1905).

Le 11 *août* 1902, on amène à l'hôpital Hérold dans le service de M. Albarran que je remplace, une fillette de 11 ans, présentant une collection chaude de la fosse iliaque droite. Cette suppuration s'est développée depuis une huitaine de jours ; il y a de la fièvre, une douleur vive à la pression, voire même un léger œdème de la paroi. J'accepte le diagnostic d'*abcès appendiculaire* qu'à porté le médecin, qui envoie l'enfant à l'hôpital et séance tenante, sous chloroforme, je me mets en devoir d'ouvrir la collection. Les différentes couches de la paroi sont méthodiquement traversées ; l'aponévrose du grand oblique est lardacée, les muscles petit oblique et transverse sont fortement œdématiés. Au-dessous du fascia transversalis épaissi, je trouve le pus ; à mon grand étonnement, celui-ci est crémeux, jaunâtre et sans odeur fécaloïde. Après avoir évacué ce pus et débridé la paroi abdominale dans toute l'étendue de la poche, je constate avec netteté que l'abcès ne siège pas dans le péritoine, mais bien entre le péritoine fortement épaissi et l'aponévrose iliaque.

En aucun point je ne vois d'épiploon ni d'anse intestinale. Bien mieux, toujours persuadé qu'il s'agit d'une appendicite, je songe à une forme anormale, à un appendice rétro-péritonéal, ainsi que le fait arrive assez souvent et je fais écarter avec soin la paroi afin de trouver le corps du délit. Au lieu de l'appendice je trouvai deux ou trois ganglions infiltrés de pus que j'enlevais. Il s'agissait de ganglions iliaques externes du volume d'une noisette.

Le diagnostic indiscutable était donc : *abcès de la fosse iliaque interne*, ayant pour point de départ la suppuration des ganglions lymphatiques de cette région.

Restait à découvrir la cause de cette suppuration. Sur ce point l'interrogatoire de la petite malade ne peut nous laisser aucun doute. Il nous apprit que l'origine du mal remontait à 3 semaines, que la fillette avait eu d'abord sur le dos du pied une écorchure, et que soudainement elle avait eu une glande dans l'aine, que celle-ci n'avait pas tardé à disparaître, mais qu'à mesure qu'elle diminuait le gonflement et la douleur se faisaient au-dessous du pli de l'aine.

Obs. XVI (Savariaud, *loco citato*).

Jeune fille de 24 ans ayant eu depuis l'âge de 14 ans de nombreux abcès d'origine ostéo-myélitique du membre supérieur droit, il lui est resté une ankylose du genou dans la rectitude. Il y a un mois et demi, elle a fait une chute sur la hanche dans un escalier. Quinze jours plus tard elle présente dans l'aine correspondante un ganglion (côté droit). Au bout de quelques jours le ganglion est incisé par M. Baumgartner, interne du service. Depuis lors, la malade a continué à avoir de la fièvre et à souffrir dans la fosse iliaque. Petit à petit la cuisse prend l'attitude de la coxalgie : *Flexion de la cuisse, ensellure, légère adduction*. Au moment où on me montre la malade, l'incision inguinale est cicatrisée. On constate en revanche tous les signes d'une collection iliaque avec adhérence de la peau aux plans profonds et teinte légèrement rosée des téguments. Par le toucher vaginal on arrive sur un empâtement

très dur, très douloureux qui occupe la région de l'obturateur interne et du détroit supérieur.

Le 15 *août* 1902, la malade est endormie au chloroforme. Fluctuation peu nette, en raison de l'épaisseur de la paroi. Incision de 6 cent. au-dessus de la moitié externe de l'arcade. Au-dessous du fascia transversalis on trouve l'abcès, un demi litre de pus phlegmoneux sans odeur.

Le doigt apprécie comme suit les limites de la cavité : profondément, la paroi est formée par l'os iliaque recouvert de son périoste, en haut et en dehors par le muscle iliaque très induré et qui a disparu en grande partie ; en dedans, on arrive jusqu'au détroit supérieur et même plus bas ; en bas le doigt s'engage dans l'anneau crural dilaté par le pus.

Guérison simple.

Obs. XVII (Dr Lejars). — Les phlegmons iliaques, *Semaine médicale*, 29 décembre 1909.

Un homme de 28 ans, de belle santé, très vigoureux, entre dans mon service, le 15 novembre dernier, pour une « grosseur douloureuse » de la région iliaque gauche. Elle remonte à 10 jours. Actuellement, elle présente le volume d'une orange ; elle occupe la partie déclive et interne de la fosse iliaque, immédiatement au-dessus de l'arcade qui en marque nettement la limite. Elle est rénitente, un peu ramollie en son milieu sans fluctuation franche. Elle soulève la paroi sus-inguinale d'un rouge foncé au centre du relief. Plus haut et en dehors, la fosse iliaque est libre, il n'y a pas le moindre ganglion tuméfié ou douloureux dans la région inguino-crurale, pas de traînée lymphangitique sur le membre inférieur ; notre homme ne se souvient d'aucun accident local, d'aucune écorchure récente, on n'en trouve pas de traces à l'inspection de la peau ; mais il est par métier grand marcheur et pareilles lésions cutanées ne sont pas rares chez lui ; d'autre part, le gonflement iliaque date de 10 jours. J'ajoute que l'examen des organes génitaux et de l'anus reste négatif.

Quoi qu'il en soit, je conclus à un adéno-phlegmon iliaque externe ; la consistance et la sensibilité douloureuse de la masse, la coloration rougeâtre et un léger œdème de la peau, la fièvre, témoignaient que nous avions affaire à un abcès et le siège, la limitation, le mode de développement de cet abcès suffisaient à en démontrer l'origine ganglionnaire.

L'incision nous donna pleinement raison ; je chargeai mon interne, M. Duval, de la pratiquer : il incisa parallèlement à l'arcade, immédiatement au-dessus du milieu ; à travers une paroi infiltrée, il ouvrit une poche purulente, profonde, occupant le tiers inférieur de la fosse iliaque ; au contact de cette poche il sentit, avec la plus grande netteté, deux gros ganglions adhérents. Du pus avait été prélevé pour l'examen : on n'y trouva que du staphylocoque en abondance.

On avait drainé, le soir même la température tombait. Depuis, la cavité suppurée s'est comblée peu à peu et la guérison s'est faite sans accident.

Obs. XVIII (Dr Lejars, *loco citato*).

Un homme d'une quarantaine d'années entre à l'hôpital Beaujon, dans un service de médecine, pour des accidents fébriles et des douleurs abdominales.

Les renseignements qu'il fournit et les résultats du premier examen sont très imprécis ; ce n'est qu'à une exploration plus minutieuse qu'on découvre un peu de douleur et une certaine tuméfaction profonde dans la fosse iliaque gauche. Il est transféré en chirurgie : nous trouvons au-dessus de l'arcade, une zone empâtée, peu sensible, qui se prolonge en haut jusqu'à la partie moyenne de la fosse iliaque et au-devant de laquelle bat l'artère iliaque externe soulevée. Une incision est faite en dehors de l'artère et à travers la paroi, d'abord normale, infiltrée dans ces couches profondes, nous ouvrons une poche nettement enkystée, remplie de pus phlegmoneux, accolée aux vaisseaux. On draine ; la guérison s'obtient très vite, sans incidents. Ultérieurement, on parvint à

réunir les éléments du processus : trois semaines auparavant, l'homme avait eu au pied une écorchure qui s'entoura d'un cercle rouge et resta douloureuse quelques jours ; il n'y avait attaché aucune attention spéciale et il n'y pensait plus, lorsque 8 jours plus tard, il avait commencé à ressentir de la gêne, puis quelques douleurs dans la région sus-inguinale.

Obs. XIX (Dr Lejars, *loco citato*).

Une jeune femme de 26 ans m'est envoyée à l'hôpital Tenon en décembre 1904 pour une tumeur de la région sus-inguinale gauche, grosse apparemment comme une châtaigne, adhérente à la paroi et correspondant à l'anneau inguinal interne. Cette tumeur est assez douloureuse à la pression, rénitente, à peu près arrondie. On sait très peu de chose sur le mode de développement. La malade, qui est très bien portante, se serait aperçue il y a une quinzaine de jours, d'une petite masse douloureuse au-dessus du pli de l'aine, et depuis elle en souffre de plus en plus. On a pensé à une hernie interstitielle épiploïque, adhérente, et de fait, l'examen local confirme en partie cette impression ; toutefois il n'est nullement démontré par l'examen que la tumeur pénètre dans le canal, elle est de plus, trop arrondie de surface, trop lisse, elle a grossi trop vite pour que cette hypothèse nous semble admissible, et nous concluons à un adéno-phlegmon du premier ganglion iliaque externe. L'incision est pratiquée à la cocaïne et vérifie ce diagnostic : derrière la paroi nous trouvons un gros ganglion, enveloppé d'une couche purulente et occupé à son centre par un abcès, le pus est évacué et la poche excisée et curettée. Un drain est laissé, la guérison se fait avec la plus grande simplicité, et le 26 janvier suivant, elle était complète.

Obs. XX (Résumée). — Dr Dejouany, médecin-major, *Bullet. Soc. méd. milit. Franç.*, n° 19, décembre 1909.

Le soldat A..., consécutivement à une écorchure du pied gauche infectée, fait un phlegmon du pied pour lequel il entre à l'infir-

merie le 8 août, et qui est incisé. Le 25 août rentre à l'hôpital le pied étant presque guéri pour un abcès lymphangitique de la partie moyenne de la cuisse, incisé le 3 septembre. Les jours suivants la température ne tombe pas, et l'on note, avec une tuméfaction légère des ganglions inguinaux, *un empâtement de la fosse iliaque gauche* sans œdème, ni rougeur superficiels, la cuisse *est en flexion et en rotation en dehors*. Le 10 septembre, à 2 cent. au-dessus de l'arcade, de l'épine iliaque antérieure et supérieure à un doigt du milieu de l'arcade, à travers tous les plans de la paroi, jusque dans une poche sous-péritonéale contenant 500 gr. de pus bien lié, et où l'on trouve encore des ganglions tuméfiés. Guérison simple et complète.

Obs. XXI (Résumée). — Dr H. Toussaint, *Bull. Soc. méd. mil. Franç.*, 6 janvier 1910, n° 1.

L..., A., rapporte très brièvement deux cas d'adéno-phlegmon iliaque, suppuré et incisé, suite éloignée de plaies du pied et ayant guéri rapidement.

Obs. XXII (Résumée). — Dr Quin, *Bull. Soc. méd. mil. Franç.*, 6 janv. 1910, n° 1.

D..., 23 ans, porteur de chancres mous, entre à l'hôpital de Batna le 20 mars 1908, avec un double bubon, suppuré et incisé à droite seulement. Développement à partir du 28, d'une *tuméfaction avec gros empâtement dans la fosse iliaque droite*, sans réaction péritonéale.

Le 8 *avril*, incision de la paroi à 1 cent. au-dessus de l'arcade crurale et sous le fascia tranversalis, ouverture d'une poche sous-péritonéale contenant 400 gr. de pus crémeux bien lié dans le fond de laquelle on sent encore un *gros ganglion*. Guérison rapide.

Obs. XXIII (Résumée). — Dr Moty, *Bull. soc. méd. mil. Franç.*, 6 janvier 1910, n° 1.

Malade qui fut pris de phénomènes pseudo-péritonitiques, par suite *d'adéno-phlegmon inguino-iliaque droit*. La diète absolue et les pansements au sublimé humide amenèrent la résolution en quelques jours, mais l'adénite inguinale suppura, nécessita plusieurs incisions et curettages et parut manifestement tuberculeuse. La guérison survint par traitement général et local, la *partie iliaque* de l'adénite s'étant résolue sans suppuration et ayant disparu complètement 1 mois ou 2 après le début du traitement.

Obs. XXIV. Dr Augias, médecin-major, *Bull. Soc. méd. mil. Franç.*, n° 4, 17 février 1910.

Le soldat R... Léonard, entre à l'hôpital le 14 octobre 1906, avec le diagnostic « phlegmon de la paroi abdominale ». Cet homme vigoureux nous raconte qu'à la suite d'écorchure et d'un petit abcès au pied (lésions qui sont actuellement complètement cicatrisées), il a ressenti de vives douleurs dans la racine de la cuisse droite. Deux ou trois jours après cette douleur s'étendait à la partie correspondante de l'abdomen, et s'accompagnait de fièvre.

On note à cheval, sur l'arcade, mais beaucoup plus accentué du côté du ventre, un plastron dur, très sensible à la pression. Les ganglions inguinaux sont considérablement tuméfiés, ceux du creux poplité ne présentent pas trace d'engorgement. La température atteint 39° le soir. La cuisse et le genou sont le siège d'élancements douloureux. Le patient ne peut remuer sa cuisse et sa jambe que très difficilement et au prix de vives souffrances.

Devant ces signes d'une suppuration profonde, une ponction exploratrice est pratiquée au-dessus de l'arcade crurale et dans sa moitié externe, elle ramène du pus, elle est aussitôt suivie d'une intervention chirurgicale.

Anesthésie à la cocaïne, incision classique de la paroi ayant son milieu au niveau de la piqûre. Evacuation d'une collection puru-

lente d'un demi-litre environ. Drainage, injections antiseptiques journalières. Le 22 décembre, R... sortait de l'hôpital complètement guéri.

Obs. XXV (Résumée). — Dr Augias, *loco citato*.

Le soldat L. . est hospitalisé le 4 avril 1906, pour otite externe aiguë du côté droit, avec écoulement assez abondant sans perforation tympanique.

Du 4 au 7 avril, otorrhée avec fièvre, 39° le soir.

Le 10. — Douleur au niveau du coude gauche, formation d'un abcès incisé le 19, 250 gr. de pus.

Le 27. — Tuméfaction douloureuse, à deux travers de doigts au-dessus de la rotule gauche, formation d'un nouvel abcès ouvert le 2 mai (1/2 litre de pus).

6 *mai*. — Œdème à la jambe gauche, le 10, incision d'un nouvel abcès à la face postérieure de la jambe.

Gonflement persistant du genou, sans arthrite (ponctions exploratrices). Attitude vicieuse. Extension. Rotation interne. Elévation de l'épine iliaque à gauche. Etat général mauvais.

30 *juin*. — Issue de grande quantité de pus de l'abcès sus-rotulien.

4 *juillet*. — Œdème au niveau de la tête du péroné gauche. Incision, pas de pus. Suppuration à partir du 17.

10 *août*. Apparition d'un énorme abcès dans la région de la hanche gauche entre la crête iliaque et le grand trochanter ; incision, un litre de pus contenant du *staphylocoque*.

Septembre. — Suppuration abondante. Etat général inquiétant. Exploration de l'abcès iléo-trochantérien. Incision d'un diverticule qui s'est formé dans le triangle de Scarpa. A ce moment on constate que la pression exercée à travers la paroi abdominale sur la fosse iliaque interne, fait sortir des flots de pus par la racine de la cuisse.

L'infection qui, depuis longtemps, s'était cantonnée dans le membre inférieur, venait de parcourir une nouvelle étape et s'était propagée aux *ganglions lymphatiques de la fosse iliaque et au tissu cellulaire sous-péritonéal*. Le pus fusait du bassin dans la cuisse à travers l'anneau crural, le long de la gaine des vaisseaux.

Intervention, 5 octobre. — Anesthésie locale à la cocaïne.

Incision de la paroi couche par couche 11 cent. de l'arcade. Dès que le fascia transversali est effondré, un flot de pus jaillit. Le doigt après avoir agrandi l'orifice, explore une vaste cavité purulente englobant toute *la fosse iliaque interne* et une partie de l'excavation, massage et lavage.

A partir de cette intervention, amélioration de l'état local et général. Ankylose du genou et atrophie du membre. Sort guéri en février 1907.

Obs. XXVI. — Dr Pfihl, médecin en chef de la marine. *Bull. Soc. méd. mil. Franç.*, n° 4, 17 fév. 1910.

Ouvrier de l'arsenal, d'une quarantaine d'années, piqué quelques jours auparavant, au niveau du mollet par un morceau de cuivre. Il entre à l'hôpital pour une *lymphangite*, puis survint un *empâtement de la fosse iliaque* avec forte fièvre et mauvais état général qui ne laisse aucun doute sur la localisation de la suppuration en cet endroit. L'incision sous-péritonéale donna issue à un pus verdâtre excessivement abondant ; l'abcès fut drainé et le malade sortit guéri deux mois après l'intervention.

Obs. XXVII (Résumée). — Dr Comte, médecin-major, *Bull. Soc. méd. mil. Franç.*, 17 février 1910, n° 4.

Indigène vigoureux, 40 ans, vu pour la 1re fois le 7 janvier 1910, pour douleurs violentes dans le membre inférieur droit, œdème considérable, flexion légère du membre, *ganglions de l'aine enflammés et durs*, œdème considérable des bourses, *plaie du talon* remontant à quelques jours. Etat général mauvais. P. : 140. Temp. 39°8, langue de perroquet, dents fuligineuses. Diarrhée abondante avec quelques stries sanguinolentes, pas de vomissements ni de météorisme abdominal.

Le lendemain matin à l'hôpital, on constate dans la *fosse iliaque droite*, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale, une tuméfac-

tion du volume d'une tête de fœtus et où l'on ne distingue aucune fluctuation.

Intervention immédiate sous chloroforme (18 janvier).

Incision verticale de 6 cent. au niveau du milieu de la tumeur. Dès que le ventre est ouvert on voit la tumeur très vascularisée et tendue. Après protection par des compresses imbriquées, celle-ci est incisée et il s'en échappe un jet de pus bien lié, non fétide que l'on peut évaluer à 500 gr. Lavage de la poche à l'eau oxygénée; drainage, pansement à plat. Glace sur le ventre.

Le soir, temp. 39°. Pas de vomissements ni de météorisme, diarrhée ; P. : 140, mauvais. Le 19, pansement, suppuration abondante, les drains sont remplacés, temp. 38°6, le pouls reste mauvais à 140.

Le 20 nouveau pansement, suppuration toujours abondante, malgré les injections de sérum, de caféine, et 2 injections intraveineuses d'électrargol, le pouls baisse encore. Décès le 22, à 10 h. du soir.

D'après des renseignements complémentaires que M. le Dr Comte a bien voulu nous fournir avec grande obligeance, il résulte que la collection purulente occupait bien le siège ordinaire des adéno-phlegmons. Elle était entre le péritoine et le fascia iliaca, limitée en bas par l'arcade crurale. La gaîne ou psoas n'a pas été envahie. L'intervention a été toute entière extra-péritonéale. L'opéré n'a présenté aucun symptôme péritonéal, mais opéré in extremis il a succombé aux progrès de la septicémie.

Obs. XXVIII (Résumée). — Vidal, *Bull. Soc. méd. mil. Franç.*, 17 février 1910, n° 4.

B..., jeune soldat, avait présenté en juillet 1905 avant son incorporation, une adénite qui après avoir suppuré, s'était cicatrisée, puis rouverte à trois reprises. En octobre, au moment de l'incor-

poration, la cicatrisation était complète ; mais en décembre la suppuration reparaît ; séjour à l'hôpital, du 6 janvier au 6 février ; à la sortie, 15 jours de convalescence pendant laquelle un trajet fistuleux s'étant encore ouvert, le médecin de la famille agrandit la fistule par l'introduction d'une laminaire pour faciliter l'écoulement du pus. A son retour au régiment, l'état du malade est plus grave : point fistuleux immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope, à un travers de doigt en dedans du milieu de cette arcade, tuméfaction étendue et profonde de la fosse iliaque : cette région est légèrement douloureuse à la pression. Aussi le 22 février, nouvelle entrée à l'hôpital où l'état local va s'aggravant de plus en plus ; la tuméfaction iliaque augmente, devient de plus en plus douloureuse à la pression, empâtement au-dessus de l'arcade de Fallope ; la suppuration par la fistule devient de plus en plus abondante. L'état général est mauvais, fièvre oscillant autour de 40°. Le malade présente même vers les premiers jours de mars, des phénomènes de péritonite localisée : probablement, à la faveur de l'introduction des laminaires dans le trajet fistuleux, une infection secondaire aiguë s'était greffée sur l'infection ancienne chronique de notre malade.

Intervention le 13 mars. Incision immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope, allant de l'épine iliaque antéro-supérieure au milieu de cette arcade. Section des différents plans musculo-aponévrotiques jusqu'au fascia transversalis au-dessous duquel nous trouvons le pus qui remplissait la fosse iliaque et avait refoulé en haut le péritoine. Drainage de la cavité avec deux drains en canon de fusil. Le lendemain, l'état général était meilleur et la température redevenait normale.

Mais il était à craindre que l'infection chronique et ganglionnaire après cette poussée aiguë secondaire, ne continuât, l'inoculation au cobaye démontra sa nature tuberculeuse, le malade est réformé en avril, 8 mois après le malade écrit que la guérison s'est maintenue totale, malgré la profession active de garçon de café qu'il exerce.

Obs. XIX (Résumée). — Laune. Contribution à l'étude de la chirurgie des gros troncs veineux, *Arch. méd. et pharm. mil.*, février 1909.

Un cavalier se présente à la visite le 23 juin 1905 porteur d'une adénite inguinale gauche, consécutive à des excoriations multiples du dos du pied et de la face interne de la jambe, sans traînées de lymphangite superficielle. Il fut mis au repos à l'infirmerie et traité par des pansements humides.

Le 27 *juin*, je découvris à la palpation de la fosse iliaque gauche devenue douloureuse depuis la veille, une tuméfaction profonde de la grosseur d'une noix et très sensible. La température était à 38°. Le blessé fut envoyé à l'hôpital où le 30 juin devant l'accroissement de l'empâtement constaté dans la fosse iliaque, devant la persistance de la fièvre, je dus conclure à la formation d'un adénophlegmon iliaque que j'ouvris sans plus tarder, par l'incision usitée pour la ligature de l'artère iliaque externe. Je donnai issue à un demi-verre environ d'un pus épais contenu dans une poche sous-péritonéale qui fut détergée par un lavage à l'eau oxygénée étendue et drainée.

La guérison fut longue par suite d'une complication qui aurait pu avoir des suites redoutables, et paraît de nature à assombrir singulièrement le pronostic de ces phlegmons iliaques.

Le 6e jour, en effet, après mon intervention, alors que le pansement du matin n'avait rien révélé d'anormal, une hémorragie formidable se produisit par ulcération de la veine iliaque externe dans le foyer suppuré, pourtant drainé et ouvert, semble-t-il, aussi rapidement que possible, alors qu'il n'existait, bien entendu, ni rougeur des téguments, ni œdème superficiel.

6 *juillet*. Ligature de la veine fémorale dans le triangle de Scarpa. Guérison.

Obs. XXX (Résumée). — Graversy, Thèse de Paris.

M..., Eugénie, 13 ans.

Parmi les antécédents personnels :

α) Il y a 6 mois, plaie contuse de la jambe droite allant jusqu'au tibia ayant mis 4 mois à se cicatriser et encore rouge actuellement.

β) Il y a 3 mois, *varicelle*.

Début 3 mois avant l'entrée à l'hôpital. Tuméfaction de la fosse iliaque droite, peu douloureuse, prise pour hernie, puis les phénomènes augmentent, entre à la Charité le 2 décembre.

Tuméfaction inflammatoire, douloureuse au-dessus de l'arcade de Fallope, entre les vaisseaux et l'épine iliaque antérieure et inférieure ; œdème, fluctuation.

Ouverture par ponction et drainage à travers la collection. Pus franc non intestinal. Drainage insuffisant, alternative de bien et mal.

Consécutivement adéno-phlegmon iliaque gauche. Terminaison ? Guérison probable.

Obs. XXXI (Très résumée). — Paquy, Thèse de Paris, 1876.

Adénite iliaque droite suppurée.

L.... cocher, 26 ans, entre à Cochin le 25 mai 1873.

Tuméfaction phlegmoneuse de la fosse iliaque droite au-dessus de l'arcade crurale *en dedans des vaisseaux fémoraux*. Aucun phénomène digestif. *Ulcère traumatique à la jambe* incomplètement cicatrisé.

Guérison rapide et simple après incision de la paroi et drainage.

Obs. XXXII (Très résumée). — Paquy, Thèse de Paris, 1876.

Adénite iliaque droite suppurée à récidive.

C..., Charles, 61 ans. N'ayant jamais eu de phénomènes digestifs. A eu en septembre 1870, une plaie contuse profonde de la jambe qui mit 3 semaines à se fermer. Pas de signes d'inflammation du cœcum, pas d'affection osseuse, pas d'antécédents scrofuleux ou tuberculeux.

Présente successivement en août 1871, juillet 1872, juillet 1873,

mars 1874, quatre atteintes d'adéno-phlegmon iliaque, incisé à chaque fois. La dernière fois, l'exploration montre qu'il n'y a pas de lésions osseuses. Guérison.

Obs. XXXIII (Résumée). — Paquy. Thèse de Paris, 1876.

Adénite iliaque droite terminée par résolution.

Cl..., Auguste, 17 ans.

Tuméfaction inflammatoire douloureuse de la fosse iliaque droite. *Pas de cf. digestifs.*

Origine : inflammation d'une bourse séreuse du dos du pied droit par port de sabot.

Résolution en 5 semaines.

Obs. XXXIV. — Castex, Thèse de Paris, 1881.

J. A..., 27 ans.

A. H. — Nuls.

A. P. — En 1875, fracture de jambe droite avec issue d'esquilles. En avril 1897, petit abcès de la face externe de la jambe droite dont l'ouverture reste fistuleuse.

Vers les premiers jours de juin douleurs dans l'aine droite où l'on sent quelques ganglions. 3 ou 4 jours après douleurs vives au-dessus du ligament de Fallope où le malade sent lui-même une induration. Le malade entre à l'hôpital. On pensa d'abord à *une périty phlite*, mais on constata des traces de lymphangite à la face interne de la cuisse. Dans la fosse iliaque masse indurée, douloureuse, submate. Peau indemne, douleurs vives, augmentant la nuit et surtout par les mouvements. Fièvre légère.

20 jours après l'entrée, le malade rend subitement du *pus dans les selles.*

Examen, *4 juillet* 1879 : Dans la fosse iliaque droite masse bosselée, dure, occupant un espace limité en bas par l'arcade de Fallope, en haut par une ligne courbe passant à 7 ou 8 cent. au-dessus. Matité. Quelques ganglions inguinaux. Un peu de flexion de la cuisse. Etat général cachectique.

Terminaison : Inconnue.

Obs. XXXV (Inédite, due à l'obligeance de M. le Dr Triboulet).

Adénite iliaque droite non suppurée.

Auguste Chat .., 13 ans, entre en médecine le 10 décembre 1908 pour douleurs dans la région inguinale droite.

A. H. — Parents bien portants.

5 enfants en bonne santé.

A. P. — Pas de maladie antérieure, aurait déjà eu antérieurement (?) des accidents analogues à ceux qu'il présente actuellement.

Maladie actuelle. — L'enfant a été pris subitement, samedi 4 décembre, de douleurs dans la région inguinale droite ; les douleurs d'abord vagues, augmentent progressivement; depuis dimanche soir, l'enfant a dû rester couché, avec un état saburral et de la fièvre, mais pas de vomissements, va bien à la selle et l'appétit est relativement conservé. Actuellement : douleur dans la région inguinale, légère flexion de la cuisse, mouvements difficiles mais possibles, la percussion sur le genou n'est pas douloureuse, mais la percussion sur le grand trochanter réveille un peu la douleur, empâtement douloureux dans la fosse iliaque droite, état saburral, langue blanche à bords rouges.

Toux légère, crachats muco-purulents, signes de bronchite à l'auscultation.

La température à 39°4 à l'entrée, monte à 40° le lendemain soir.

Le petit malade fut examiné à plusieurs reprises et successivement par les médecins et chirurgiens de l'hôpital, et les diagnostics les plus divers furent portés : appendicite, ostéomyélite du bassin, pseudo-rhumatisme, etc.; une culture du sang pris dans la veine fut faite et resta négative.

Le diagnostic d'adénite profonde, d'adénite iliaque fut enfin porté par exclusion sans qu'on puisse en trouver la porte d'entrée.

Sous l'influence de la glace, puis des pansements humides, les accidents rétrocédèrent lentement, la température descendit avec oscillations et atteignit 37° vers le 25 décembre ; l'empâtement diminua ; les mouvements du membre inférieur redevinrent faciles

et la guérison survint, après un retour offensif mais passager des mêmes accidents, du 15 au 20 janvier.

L'enfant sort de l'hôpital complètement guéri, le 4 février.

Obs. XXXVI (Résumée). — Besson, *Journ. des Soc. méd. de Lille*, 1903, t. I, p. 193.

Psoïtis sècondaire à évolution tardive d'origine infectieuse puerpérale. — Ouverture et drainage de la collection purulente. — Redressement du membre. — Extension, immobilisation. — Guérison.

G... Lucie, 32 ans, ménagère, entre à l'hôpital de la Charité, service de M. le Pr Duret, salle St-Augustin n° 4, le 1er octobre 1902.

A. H. — Bons.

A. P. — Accouchement le 13 mars, suites de couches mauvaises, fièvre. Ecoulement lochial fétide pendant 6 semaines. Douleurs dans le bas-ventre, à gauche surtout.

Fin mai, apparition d'une tuméfaction dans la fosse iliaque gauche qui grossit peu à peu, flexion graduelle de la cuisse, la malade peut cependant marcher, amélioration à la suite d'un vésicatoire. Cependant la flexion de la cuisse continue et sé fixe, la malade entre enfin à l'hôpital le 1er octobre 1902, avec le diagnostic de coxo-tuberculose.

Pas de signes pulmonaires ni digestifs. Urines normales. Température entre 37°6, 38°5.

Examen 6 octobre. — Flexion de la cuisse à angle droit sur le bassin, impossibilité d'extension. L'exagération de la flexion, l'abduction et l'adduction sont possibles, mais limités. La racine de la cuisse est tuméfiée.

Au palper, tuméfaction effaçant la fosse iliaque surtout au niveau de la partie interne de l'arcade fémorale irrégulière non résistante, on n'a pas la sensation de lobulation ganglionnaire, ni d'empâtement phlegmoneux, pas d'œdème cotyle douloureux, empâtement douloureux au niveau du trochanter, cuisse sensible ; la crête iliaque est épaissie et l'on perçoit dans la fosse iliaque interne

au-dessus et en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, une tuméfaction adhérente à l'os.

T. V. — Col en position normale, utérus mobile, douleur à gauche sans tuméfaction nette.

Discutant le diagnostic on élimine sciatique, phlébite, coxalgie, et on pose le diagnostic de : périadénite avec phlegmon iliaque et psoïtis secondaire d'origine infectieuse puerpérale.

Intervention 8 octobre 1902. Pr Duret.

Incision parallèle à l'arcade crurale à un travers de doigt au-dessus. Tissus lardacés. Ouverture à la sonde cannelée d'une poche contenant 5 à 600 gr. de pus verdâtre. Cette poche occupe le petit bassin et forme un prolongement supérieur, atteignant et dépassant la crête iliaque. Nulle trace de débris sphacélés, on sent à la partie interne une masse dure, retractée qui ne peut être que le psoas, mais il n'existe aucune communication et l'abcès iliaque en *est absolument indépendant, séparé par le fascia iliaca épaissi.*

Double drainage inguino-vaginal et inguino-lombaire. Les drains sont enlevés après 3 et 6 semaines. Guérison simple avec redressement de la cuisse.

Obs. XXXVII (Résumée). — Besson. *Journ. des Sc. méd. de Lille*, 1903, t. I, p. 193.

Psoïtis secondaire et tardif d'origine infectieuse puerpérale. — Redressement et immobilisation du membre. — Guérison.

S... Eugénie, 26 ans, entre à l'hôpital le 26 mai 1902.

A. H. et P. nuls.

Après 2 accouchements normaux, fausse couche de 4 mois il y a 14 mois. Suites pathologiques, leucorrhée fétide, reste alitée 4 mois. Après le premier mois apparition de douleurs dans la fosse iliaque gauche nécessitant l'usage quotidien de la morphine.

Après 4 mois la malade commence à se lever, mais marche très péniblement avec flexion progressive de la cuisse sur le bassin.

Examen. — Malade debout, flexion de la cuisse gauche avec élévation de l'épine iliaque ; adduction telle que la jambe gauche

croise la droite, boiterie comme dans une coxalgie. Couchée, même attitude avec exagération de l'adduction, un peu d'ensellure lombaire. On ne peut provoquer sans entraîner le bassin que de légers mouvements de flexion, l'abduction et la rotation sont impossibles. Atrophie de la cuisse, un peu de sensibilité sur le trajet du canal. Pas de points douloureux de coxalgie.

T. V. — Un peu de tuméfaction douloureuse à gauche.

30 mai. Redressement sous chloroforme et appareil silicaté.

L'appareil est enlevé fin septembre, marche correcte avec boiterie insensible sans raccourcissement. Raideur peu accentuée de l'abduction.

Obs. XXXVIII (Inédite), due à l'obligeance de notre collègue Lemarchal.

Adénite aiguë externe consécutive à des accidents infectieux d'origine utérine.

Bl... Rosalie, 25 ans. Malade entrée le 7 avril. Soignée depuis lors pour une masse inflammatoire iléo-pelvienne droite. Diagnostic hésitant entre appendicite et salpingite. Soumise au traitement médical : repos au lit, injections chaudes, glace sur le ventre

Aucun renseignement sur les antécédents génitaux ou autres.

La palpation de la fosse iliaque montre une tuméfaction dure, collée contre l'arcade crurale et s'allongeant parallèlement à elle dans sa moitié interne, débordant sur le détroit supérieur, un peu douloureuse à la pression. Au toucher, on sent dans le cul-de-sac droit, très haut situé, vers le détroit supérieur, une masse dure, collée contre la paroi, du volume d'une orange, un peu douloureuse à la pression. Utérus petit, en antéversion, mobile et mobilisable sans douleur. Rien à gauche.

La température ne cède pas, en dépit du traitement. Le 5 mai, elle s'élève à 40° le soir, alors qu'elle se maintenait jusqu'alors aux environs de 38°. Défervescence le lendemain matin, réascension à 38°5 le soir. Chute et ascension à 40°. Ainsi la température s'élève à 40° tous les deux soirs, sans frisson préalable, sans autres troubles de l'état général. Pouls à 100° bien frappé, régulier, langue humide.

Les signes physiques se modifient légèrement, la tuméfaction est un peu plus volumineuse, ses contours sont moins nets, tendent à s'empâter, la douleur à la pression est plus accusée.

En raison des rapports de la tumeur avec l'arcade, de sa situation haute au toucher, de sa fixité, contrastant avec la mobilité utérine normale et indolente, on porte le diagnostic d'adénite iliaque en voie de suppuration. L'intervention est décidée le 13 mai.

Anesthésie avec l'appareil de Ricard. Incision parallèle à l'arcade crurale. Le cul-de-sac péritonéal est récliné vers le haut. On découvre sous la graisse une masse indurée, qui se contourne en fer à cheval, autour du détroit supérieur, avec un prolongement iliaque et un prolongement pelvien. Effondrement au doigt en dehors des vaisseaux. On arrive ainsi sur les vaisseaux iliaques, qui battent sous le doigt. Pas de pus. On laisse une mèche et un drain. La plaie est partiellement refermée.

Défervescence. Les jours suivants la température ne dépasse pas 38°.

Au 1er pansement, 3 jours plus tard, les compresses sont imprégnées de sérosité, la pression fait sourdre de la profondeur une certaine quantité de sérosité roussâtre, mais pas de pus.

Le 19 *mai*, le pansement est imprégné d'une assez grande quantité de pus verdâtre, inodore, bien lié, qui sourd de la plaie à la pression.

La suppuration persiste une quinzaine de jours. Le drain est supprimé le 6 juin. La malade sort le 10 juin. La cicatrisation est complète le 17.

CONCLUSIONS

1° Parmi les suppurations de la fosse iliaque, il existe des suppurations d'origine ganglionnaire qui se développent au niveau des *ganglions iliaques externes* ;

2° Ces *adéno-phlegmons iliaques* se développent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal au-dessus du fascia iliaca, et l'on peut dire que les phlegmons primitifs qui ont cette localisation exacte reconnaissent tous ou presque tous cette origine ;

3° Ces adéno-phlegmons sont consécutifs à une infection dont la porte d'entrée peut être *périphérique ou viscérale* comme les lymphatiques que reçoivent ces ganglions viennent de la périphérie ou des viscères pelviens.

4° *Adéno-phlegmons d'origine périphérique.* — Ils peuvent se présenter en clinique sous trois aspects différents :

A) Il existe une plaie infectée du membre inférieur avec lymphangite, abcès lymphangitique, adénite suppurée ou non des ganglions inguino-cruraux. L'adénite iliaque ne représente qu'un échelon de plus à l'infection lymphatique ascendante.

B) Il existe une plaie infectée du membre inférieur et l'adéno-phlegmon se développe sans étape infectieuse intermédiaire, sans lymphangite, ni adénite inguino-cruale.

C. Il n'existe aucune porte d'entrée visible, aucune étape infectieuse intermédiaire et l'adéno-phlegmon iliaque se développe d'*emblée*, forme fréquente la plus intéressante à étudier.

3° *Adéno-phlegmon d'origine viscérale.* — Ils sont d'origine utérine, ce sont surtout les phlegmons tardifs de la fosse iliaque consécutifs à l'infection puerpérale.

6° De même que la psoïte puerpérale est une psoïte par contiguité consécutive à des *adénites suppurées iliaques externes*, de même on observe dans les adéno-phlegmons iliaques d'origine périphérique des symptômes de psoïtis qui sont dus à l'irritation simple du psoas iliaque au contact des ganglions enflammés.

7° Le diagnostic des adéno-phlegmons iliaques peut être difficile dans les formes dites d'emblées. Il est à faire avec toutes les suppurations de la fosse iliaque d'origine intestinale, appendiculaire, sigmoïdienne, rénale, osseuse, etc., et dans les formes subaiguës latentes avec la coxalgie.

Vu :
Le Président de thèse,
P. RECLUS.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Atlee. *American Journal of medical sciences*, 1885, p. 463.

Batut. Traitement chirurgical des péritonites. *Bull. Soc. de méd. de la Drôme*, Janvier 1906.

Brault (J). Contribution à l'étude des abcès de la fosse iliaque. *Rev. de chirurgie*, mars 1895, p. 246.

Bruhns. Ueber die Lymphgefässe der weiblichen genitalien nebst einigen Bernier Kimgen ueber die Topographie der Leistendrüsen. *Arch. fur Anat. und Physiol. Anat.*, 1898, p. 257. *Ibid.*, 1900, p. 281.

Cantin. *Les lymphangites péri-utérines non puerpérales*. Thèse de Paris, 1889.

Chassaignac. *Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical*, t. II, p. 379. Paris, 1859.

Clerc. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1869, p. 605.

Condamin. *Trépanation du bassin comme traitement de la psoïte*. Thèse de Lyon, 1888.

Clerget. *Contribution à l'étude de l'ilio-psoïte*. Thèse de Paris, 1909.

Cruveilher. *Anatomie descriptive*, 3e éd., t. III, p. 154.

Cuneo et Marcille. Topographie des ganglions ilio-pelviens. *Soc. anat.*, décembre 1901.

Dejouany. Adéno-phlegmon de la fosse iliaque consécutif à une plaie du pied. *Bull. Soc. méd. mil. française*, 2 déc. 1909. Discussion : janvier, février et avril 1910.

Delbet (Pierre). *Traité des suppurations pelviennes chez la femme*. Paris, G. Steinheil, 1896.

Després. Sur une variété d'abcès de la fosse iliaque : adénite iliaque suppurée. *Gaz. des Hôpitaux*, 16 juin 1874 ; — *Clinique journalière*, 1881, 2e édit., p. 164.

Dupuytren. *Leçons orales de clinique chirurgicale*, 2e édit., t. II, p. 518. Paris, 1839.

Ferry. *Etude clinique sur les adénopathies périappendiculaires*. Thèse de Paris, 1901.

Félizet. Note clinique sur les ganglions d'aboutissement des membres. *Soc. de chirurgie*, 1893, p. 521.

Gangolphe. *Rev. de chirurgie*, 1889, p. 240.

— De l'attitude du membre inférieur de la psoïte suppurée. *Lyon médical*. 1890.

Graverry. *Quelques cas de chirurgie pratique*. Thèse de Paris, 1887.

Lecomte. *Etude sur les ostéomyélites de la hanche avec abcès intrapelviens*. Thèse de Paris, 1894.

Lejars. Les phlegmons iliaques. *Semaine médicale*, n° 52, 29 déc. 1909.

Lereboullet. *Gaz. hebdom. méd. et chir.*, n° 3, 1870.

Lorentz. *Berl. klin. Woch.*, 7 avril 1904.

Lucas-Championnière. *Arch. de Tocol.*, 1875. Thèse de Paris, 1878.

Marcille. *Lymphatiques et ganglions ilio-pelviens*. Thèse de Paris, 1902.

Paquy. *Adénite inguinale considérée comme cause des phlegmons de la fosse iliaque*. Thèse de Paris, 1876.

Pasquier (Félix). *Contribution à l'étude clinique de l'ostéomyélite de l'os iliaque*. Thèse de Paris, 1900.

Poirier. Lymphatiques des organes génitaux de la femme. *Progrès médical*, 1890.

Poirier et Cunéo. Lymphatiques, in *Traité d'anatomie*, Poirier et Charpy, t. II, 4e fasc. Paris, 1902.

Petit (Alexis). *Contribution à l'étude de la psoïte*. Thèse de Paris, 1899.

Quénu. *Journal de l'Anatomie*, 1893, n° 4, p. 523.

Sappey. *Traité d'anatomie physiologique et pathologique des vaisseaux lymphatiques*. Thèse de Paris, 1874.

Savariaud. Adéno-phlegmon iliaque consécutif à la varicelle. *Société de pédiatrie*, janv. 1910.

— Adéno-phlegmons iliaques et pelviens consécutifs aux ganglions du membre inférieur. *Presse médicale*, n° 29, 8 mars 1905.

Terrier. *Société de chirurgie*, 3 juillet 1889. Discussion : Pozzi, Lucas-Championnière.

Velpeau. *Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. III.

Van Lair. *Bull. Acad. Roy. de Belgique*, 1869, t. III, 3e série, n° 2.

Walther. Article Phlegmon iliaque et Psoïtis, in *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, t. VII.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	7
Historique	9
Classification des phlegmons iliaques	14
Aperçu anatomique	20
Etiologie et pathogénie	24
Symptômes et évolution	29
Complications et pronostic	38
Adéno-phlegmons iliaques d'origine utérine. — Rapports avec la psoitis.	42
Anatomie pathologique	50
Diagnostic et traitement	53
Observations	61
Conclusions	99
Index bibliographique	101

Saint-Brieuc. — Typographie F. Guyon, rue de la Préfecture.

130

ÉTUDES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

SUR LES ARTÈRES

UNIVERSITÉ DE PARIS, FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE.
	N.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	P. MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	G. BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	SEGOND.
	REGLUS.
	QUENU.
	DELBET.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	BAR.
	PINARD.
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	CUNEO.	LAUNOIS.	NICLOUX.
BALTHAZARD	DEMELIN.	LECENE.	NOBECOURT.
BRANCA.	DESGREZ.	LEGRY.	OMBREDANNE.
BEZANÇON.	DUVAL (P.)	LENORMANT.	POTOCKI.
BRINDEAU.	GOSSET.	LŒPER.	PROUST.
BROCA André.	GOUGET.	MACAIGNE.	RENON.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RICHAUD.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	RIEFFEL
CASTAIGNE.	JOUSSET (A.)	MORESTIN.	SICARD.
CLAUDE.	LABBE Marcel	MULON.	ZIMMERN.
COUVELAIRE.	LANGLOIS.		

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'école a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.